

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1928

N°

34

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

par

CASANOVA Achille

né à OLMÉTO (Corse), le 16 mars 1886

Croix de Guerre



Le Diagnostic de l'Avortement criminel

Président : M. CHAVIGNY, PROFESSEUR.

Les Editions Universitaires de Strasbourg
1^a, Place de l'Université — Quai du Maire-Dietrich, 1
(Foyer Universitaire)

===== STRASBOURG =====

R. C. Strasbourg 3677

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1928

N°

34

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

par

CASANOVA Achille

né à OLMÉTO (Corse), le 16 mars 1886

Croix de Guerre



Le Diagnostic de l'Avortement criminel

Président : M. CHAVIGNY, PROFESSEUR.

Les Editions Universitaires de Strasbourg

1^a, Place de l'Université — Quai du Maire-Dietrich, 1

(Foyer Universitaire)

STRASBOURG

R. C. Strasbourg 3677

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen..... MM. WEISS C. * O I.
 Assesseur MERKLEN * O I.

Professeurs

Embryologie.....	MM. ANCEL * O I.
Anatomie	FORSTER * O I.
Histologie	BOUIN O. * O I.
Physiologie	SCHAEFFER O A.
Physique biologique	WEISS C. * O I.
Chimie biologique.....	NICLOUX * O I.
Anatomie pathologique.....	MASSON * O I.
Pharmacologie, Médecine ex- périmentale.....	AMBARD * O I.
Hygiène, Bactériologie.....	BORREL C. * O A.
Médecine légale	CHAVIGNY O. * O I.
Clinique médicale	MERKLEN * O I.
Clinique chirurgicale	BLUM Léon O. * O A.
Clinique ophtalmologique	LERICHE O. * O I.
Clinique dermatologique	STOLZ * O I.
Clinique psychiatrique.....	WEILL O I.
Clinique neurologique.....	PAUTRIER O. * O A.
Clinique gynécologique et accouchements.....	PFFERSDORFF * O I.
Clinique infantile	BARRÉ * O A.
Clinique oto-rhino- laryngologique	N....
	ROHMER O I.
	CANUYT O A.

Professeurs sans chaire :

MM. ARON Max O A.	MM. FONTÈS
BELLOCO O A.	GÉRY O A.
BOEZ O A.	SCHWARTZ O A.

Chargés de cours et Agrégés :

MM. BLUM (Paul) * O I.	MM. LICKTEIG O I.
GELMA O A.	REEB O A.
GUNSETT * O A.	SIMON *
HANNS * O A.	TERRACOL *
HUMBERT O A.	VAUCHER O A.
KELLER O A.	WEISS A.



Serment d'Hippocrate.

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue fera les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE BIEN-AIMÉ

A CELLE DE MA SŒUR CHÉRIE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE ET DE MA TANTE
LUCIE

A CELLE DE TOUS MES CHERS DISPARUS :

MON COUSIN ROBERT CANAZZI

MA COUSINE JOSÉPHINE CANAZZI

MON ONCLE PHILIPPE CANAZZI

MES TANTES MARIE - FRANÇOISE ET MADELEINE
CANAZZI

MON COUSIN GUILLAUME PIANELLI

MA TANTE IGNACE CASANOVA

A LA MÉMOIRE DE TOUS MES PARENTS ET
AMIS, QUI M'AIMAIENT

IN MÉMORIAM

A MON FRÈRE AIMÉ FRANÇOIS

Pharmacien

En remerciement de sa fraternelle tendresse

A MA SŒUR ANTOINETTE

En témoignage de mes pensées les plus
affectueuses

A MES NEVEUX CHÉRIS PAUL ET LUCIE

A MON ONCLE LE DOCTEUR PAULIN CANAZZI

En hommage de ma profonde affection

A MA COUSINE MADELEINE PIANELLI (NÉE CANAZZI)

En souvenir de toutes les bontés qu'elle a
toujours eues pour moi

A MES COUSINS JOSEPH ET CATHERINE CANAZZI

A LEURS ENFANTS, MES PETITS-NEVEUX ROBERT ET
MIMI CANAZZI

A TOUS LES MIENS ET A TOUS CEUX

qui me témoignent affection, amitié et
sympathie

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAVIGNY
Directeur du service de santé
Directeur du Laboratoire de Médecine légale
de l'Université de Strasbourg
Officier de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. GELMA
Chargé du Cours de Médecine-légale-psychiatrique à la
Faculté de Médecine de Strasbourg

Témoignage de vive gratitude

A TOUS MES MAÎTRES
de l'École de Médecine de Marseille
et des Facultés de Médecine
de Bordeaux et Strasbourg.

INTRODUCTION.

Nous n'avons pas la prétention dans notre modeste travail de traiter d'une manière approfondie et détaillée la question de l'avortement criminel dont on trouvera la description dans tous les ouvrages classiques et dans les nombreuses monographies parues jusqu'à ce jour.

Nous voulons tout simplement nous confiner dans notre sujet sus-énoncé, ainsi que dans le plan que nous avons adopté, établir une mise au point synthétique de la question du diagnostic de l'avortement criminel. Notre étude n'aura donc rien de nouveau et d'inédit — ce qui serait osé et téméraire de notre part — car ce n'est qu'une simple vérité que nous énonçons en disant avec Brouardel que « l'avortement criminel est de tous les temps et de tous les pays », qu'il n'a jamais cessé de prendre de jour en jour une extension toujours plus grande, qu'au point de vue social les manœuvres abortives si répandues à notre époque ne peuvent qu'être des plus désastreuses, et, qu'ainsi, dans l'étude de l'avortement criminel au point de vue médico-légal, la connaissance du diagnostic occupe une place à part et de tout 1^{er} plan.

C'est à poser les jalons de ce diagnostic que nous allons travailler, et, sans avoir la certitude de réussir dans notre essai, où nécessairement il y aura bien des lacunes et pas assez de détails nets et précis, nous sommes tout de même persuadés de rencontrer près des examinateurs de notre thèse la bienveillance que comportent la difficulté et l'appréciation qui président à un premier travail.

Aussi nous estimerons-nous satisfait et notre but atteint, si nos efforts ont pu aboutir : 1^o à fusionner et à présenter en une vue d'ensemble aussi claire que possible les divers et multiples symptômes de l'avortement criminel. 2^o à indiquer l'ordre où on devra les rechercher et les étudier.

Voici de quelle façon nous comptons traiter notre sujet d'après le plan que nous avons adopté, et dont nous donnons ci-dessous l'énoncé des divers chapitres que nous nous proposons de développer :

I. — 1^o Définition de l'avortement.

II. — 1^o Comment les législations envisagent l'avortement? comme un crime ou comme un délit?

2^o Pourquoi l'avortement n'est plus un crime en France?

3^o Législation de l'avortement et plus spécialement pour les médecins et sages-femmes.

III. a) Diagnostic de l'avortement criminel.

b) Récent.

c) Ancien.

d) Post-mortem.

e) Après exhumation.

IV. Conduite à tenir du Médecin-légiste.

Cette dernière expertise nous la tenons de notre Maître, le Professeur de Médecine-légale M. Chavigny à qui nous exprimons tous nos remerciements.

V. Etude des affaires.

1^o Boileux Lajarrige.

2^o Du Dr B. de C.... (Bas-Rhin).

VI. Conclusions.

Avant d'aborder notre étude dont le sujet et le plan nous ont été inspirés par le Dr Gelma, Chargé du Cours de Médecine-légale psychiatrique, qu'il nous soit permis de lui en témoigner ici notre plus vive gratitude. Nous lui serons toujours reconnaissant pour l'extrême bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, l'appui qu'il nous a offert et les conseils qu'il n'a jamais cessé de nous prodiguer.

De même, qu'il nous soit permis de remercier bien vivement M. le Professeur de médecine-légale Chavigny, Médecin-Général, Directeur du Service de Santé, du grand honneur qu'il nous fait d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

I.

DÉFINITION DE L'AVORTEMENT.

Et tout d'abord, que doit-on entendre par avortement criminel? Si nous ouvrons le Code pénal, nous n'y trouvons aucun éclaircissement sur ce point, l'avortement n'ayant pas été défini par la loi : aussi chaque auteur a-t-il sa définition. Nous proposons d'adopter celle de Tardieu qui nous paraît excellente et que voici : L'avortement criminel est « l'expulsion prématurée et violemment provoquée du produit de la conception, indépendamment de toutes les circonstances d'âge, de viabilité ou même de formation régulière ».

Dans leurs définitions de ce crime, Orfila et Devergie font rentrer en ligne de compte la viabilité du fœtus comme principal élément constitutif du crime d'avortement. C'est une erreur profonde, car la mort et la vie du fœtus n'influent en rien sur le fait constitutif de l'avortement criminel, pas plus qu'on ne peut exiger que le fœtus présente les caractéristiques d'un être organisé. Ce serait revenir à l'ancienne distinction d'origine grecque de l'effluxio et de l'aborto passé sous silence par notre législation.

Ainsi donc, peu importe l'âge du fœtus, son degré de viabilité, s'il est vivant ou mort, toutes les fois qu'il aura été expulsé par violence, il y aura eu avortement criminel. Voilà ce qu'il faut bien concevoir dans une définition complète de l'avortement criminel. Aussi, trouvons-nous insuffisantes la définition de Garraud quand, dans son « Traité de Droit pénal », il définit l'avortement criminel : « L'expulsion prématurée, volontairement provoquée du produit de la

conception. » Il en est de même de la définition de Lacassagne qui nous semble moins précise et bien plus longue. Pour lui, l'avortement criminel est une intervention violente et volontaire, soit par des manœuvres, soit par des substances ingérées, dont l'action directe consécutive détermine la mort ou l'expulsion du produit et modifie le cours normal de la grossesse. Mentionnons pareillement la définition tout aussi incomplète à notre avis de Garimond qui considère encore deux cas dans l'avortement relativement à l'état de vie ou à l'état de mort du fœtus et pour qui l'avortement est : « L'ensemble des actes morbides qui abrègent la durée normale de la grossesse par l'expulsion ou la mort du fœtus », ou encore « la cessation prématurée et volontaire de la grossesse, ou son interruption intentionnellement provoquée, avec ou sans apparition de phénomène expulsifs ».

L'on voit de suite, pour l'expert, les conséquences d'adoption de cette définition, puisque l'on serait obligé de considérer comme avortement criminel le fœticide sans qu'il y ait eu expulsion du produit. Et, alors, le Médecin-légiste verrait sa tâche compliquée par la recherche de deux sortes de nouveaux symptômes ; soit : 1^o Symptômes de la mort du fœtus ; 2^o Causes de cette mort. D'autre part, en s'en tenant à cette définition de Garimond, il verrait surgir devant lui les trois nouvelles questions suivantes : 1^o Le fœtus a-t-il succombé de mort violente ? 2^o L'expulsion qui s'en est suivie plus ou moins longtemps après la mort est-elle due à des manœuvres criminelles ? 3^o Y a-t-il corrélation entre la mort et l'expulsion du produit de la conception ?

Dans la presque totalité des cas l'expert ne pourra pas répondre à ces nouvelles questions qui ne feraient qu'encombrer inutilement l'expertise médico-légale toujours délicate dans les affaires d'avortement.

D'ailleurs, la valeur du mot avortement, tirée de son éthymologie (ab oriri), (naître d'une façon détournée),

ne se prête pas à une définition aussi large, et ainsi on ne peut lui donner une étendue qu'il n'a pas en appelant l'avortement le meurtre du produit in-utero. Donc, seule la définition de Tardieu nous paraît d'une application pratique pour l'expert, car c'est lui qui le premier a nettement spécifié qu'en matière d'avortement criminel le produit de la conception n'entrant pas en jeu, on ne saurait parler de fœticide. On n'ignore pas en effet que, bien souvent, ce produit de conception manque, et que malgré cela la justice n'en poursuit pas moins son cours.

Mentionnons aussi, en terminant ce chapitre, que pour Me Garçon (Code pénal annoté), l'avortement doit trouver sa signification légale dans le but de la loi (qui est d'assurer l'évolution normale de la grossesse), et, ainsi, de regarder « le meurtre in-utero comme une atteinte à l'évolution normale de la grossesse ».

L'on constatera, d'après cette énumération des diverses définitions qui ont été proposées pour l'avortement criminel, et qui ont entraîné des discussions sans fin, qu'en s'en tenant exclusivement au cadre de la définition de Tardieu, l'expert pourra toujours relever des symptômes certains qui lui permettront de répondre aux questions catégoriques de la justice.

II.

COMMENT LES LÉGISLATIONS ENVISAGENT L'AVORTEMENT ?

1^o Comme un crime ou comme un délit?

2^o Pourquoi l'avortement n'est plus un crime en France?

3^o Législation de l'avortement et plus spécialement pour les médecins et les sages-femmes.

Pour sacrifier à l'usage établi, et, avant de parler de la jurisprudence actuelle en ce qui concerne l'avortement criminel, il aurait été, nous semble-t-il, intéressant de revoir en un court tracé l'historique de la peine ; malheureusement, une telle revision, aussi sommaire soit-elle, ne nous aurait pas moins entraîné dans des développements que les difficultés d'impression nous empêchent de réaliser.

A ce sujet, disons néanmoins qu'en matière d'avortement le rôle de l'expert a été loin d'avoir été le même de tous les temps et nous ne pouvons que répéter avec Von Jhering que « l'histoire de la peine est une constante évolution ». Il en est ainsi pour l'avortement criminel qui, jusqu'à ces temps derniers, a toujours été partout considéré comme un crime. Nous pouvons même ajouter que, nombreux sont aussi à notre époque les légistes qui estiment que, dans plus ou moins de temps, il cessera d'être un délit. D'autre part, si nous consultons l'histoire du Droit des Nations pour voir ce qu'ont été, jusqu'à aujourd'hui, en matière d'avortement criminel, les moyens répressifs, nous constatons par l'étude de la loi pénale et de l'ancien Droit, que la pénalité sur cette matière a toujours varié, et selon les temps, et selon les lieux, et selon les frontières.

Quoiqu'il en soit, et, malgré les diverses phases parcourues par la pénalité de l'avortement jusqu'à nos jours, ce dernier, depuis surtout qu'on l'avait déféré aux jurys, loin de diminuer, est toujours allé en progressant : le nombre des affaires jugées restait presque toujours stationnaire, alors que celui des affaires laissées sans poursuites par les Ministères publics, les juges d'instruction, les Chambres de mise en accusation allaient toujours en augmentant. Pourquoi?

D'abord, parce que les progrès scientifiques de l'asepsie et de l'antisepsie ont singulièrement favorisé les professionnels de l'avortement, ce qui leur permet d'employer des procédés de moins en moins dangereux et de dérouter ainsi facilement l'instruction.

Ensuite, et surtout à cause de l'application exceptionnelle de l'article 317 du Code pénal, par les jurys, par le fait qu'il édictait des peines trop sévères contre l'avortement. En effet ces temps derniers, c'est à peine si l'on poursuivait 1 avortement sur 3000. Les cas déférés à la justice étaient seulement ceux où la criminalité était la moins forte, c'est-à-dire ceux où le motif était la misère et le déshonneur. Les jurés se montraient indifférents aux débats des crimes d'avortement et il en résultait un grand nombre d'acquittements.

Ainsi, en 1903, sur 48 accusés, il y eut 32 acquittements, en 1904 sur 49 accusés il y eut aussi 39 acquittements ; de même en 1908 sur 66 accusés, les acquittements furent de 54. Cette impossibilité de poursuivre dans la majorité des cas était un grave écueil pour la loi dont la sévérité répressive ne donnait qu'une confiance fort limitée, comme résultat social et comme remède à l'état général dont on se plaignait. Un autre grand écueil de la loi résidait aussi dans le danger d'aboutir à une erreur judiciaire et de punir seulement sur des présomptions et des apparences plus ou moins trompeuses, ce qui impressionnait presque toujours le jury. D'où découragement de la

part des Parquets qui ne renvoyaient devant les Assises que de rares affaires. Ainsi, le professeur Balthazard nous apprend qu'en 1906, sur 736 affaires, 23 seulement furent déférées aux Assises.

Toutes les considérations sus-énoncées justifiaient amplement la nécessité d'obtenir pour l'avortement criminel une répression plus efficace, plus équitable et aussi plus régulière. Mais pendant un grand nombre d'années on se contenta de constater les défauts de la loi et de formuler des blâmes plus que mérités au regard de l'article 317 du Code Pénal. Tout de même aussi, depuis longtemps, on cherchait à y porter remède et dès 1899, à la suite du fameux procès de Clichy où il y eut 49 acquittements, plusieurs députés dont Trouillot déposèrent sur le bureau de la Chambre une proposition de loi modifiant l'article 317. Malheureusement cette loi ne vit jamais le jour : il fallut attendre le 5 juillet 1910 pour que la question revienne de nouveau sur le tapis sous forme d'un projet de loi déposé par M. Barthou, alors Garde des sceaux. Voté d'abord par le Sénat, il le fut finalement par la Chambre avec quelques légères modifications et depuis le 29 mars 1923 il a force de loi en France. En raison de l'inefficacité de la répression, il défère l'avortement aux tribunaux correctionnels, en faisant un délit et en abaissant la pénalité à l'emprisonnement. La correctionnalisation était en effet le seul moyen efficace d'atteindre sûrement l'avortement, car si les peines sont moindres, elles pourront être appliquées. Voici d'ailleurs l'énoncé de l'article 317 ainsi modifié :

« Quiconque, par aliments, breuvages, médicaments, manœuvres, violences, ou par tout autre moyen, aura procuré ou tenté de procurer l'avortement d'une femme enceinte, soit qu'elle y ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement d'un an à 5 ans et d'une amende de 500 à 10.000 frs.

« Sera punie d'un emprisonnement de 6 mois à 2 ans et d'une amende de 100 à 2.000 frs., la femme qui

se sera procuré l'avortement à elle-même ou qui aura consenti à faire usage des moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet, si l'avortement s'en est suivi :

« Les médecins, officiers de santé, sages-femmes, chirurgiens, dentistes, pharmaciens, ainsi que les étudiants en médecine, les étudiants ou employés en pharmacie, herboristes, bandagistes et marchands d'instruments de chirurgie qui auront indiqué, favorisé ou pratiqué ces moyens seront condamnés aux peines prévues au paragraphe 1^{er}. La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de leur profession, pourra en outre être prononcée contre les coupables, conformément aux articles 25 et 26 de la loi du 30 mars 1892, lesquels, dans l'espèce, seront applicables aux pharmaciens et herboristes ainsi qu'aux aspirants aux diplômes de ces deux professions.

Outre les peines mentionnées dans les 3 paragraphes qui précèdent, les tribunaux pourront prononcer pendant 2 ans au moins et 10 ans au plus l'interdiction de séjour déterminé par l'art. 19 de la loi du 27 mai 1885.

Déjà, le 31 juillet 1920, le parlement avait voté la loi réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle.

En voici les articles qui se rapportent à l'avortement :

Article 1^{er}. — « Sera puni d'un emprisonnement de 6 mois à 3 ans et d'une amende de 100 à 3.000 frs. quiconque, soit par des discours proférés dans des lieux ou réunions publics; soit par la vente, la mise en vente ou l'offre, même non publique, ou par l'exposition, l'affichage ou la distribution sur la voie publique ou dans les lieux publics ou par la distribution à domicile, la remise sous bande ou sous enveloppe fermée, à la poste, ou à tout agent de distribution ou de transport, de livres, d'écrits, d'imprimés, d'annonces, d'affiches, dessins, images et emblèmes :

Soit par la publicité de cabinets médicaux ou so-disant médicaux :

Aura provoqué au crime d'avortement, alors même que cette provocation n'aura pas été suivie d'effet. »

Article 2. — « Sera puni des mêmes peines quiconque aura vendu, mis en vente, ou fait vendre ; distribué ou fait distribuer, de quelque manière que ce soit des remèdes, substances, instruments ou objets quelconques, sachant qu'ils étaient destinés à commettre le crime d'avortement, lors même que cet avortement n'aurait été ni soupçonné ni tenté, et alors même que ces remèdes, substances, instruments ou objets quelconques, proposés comme moyens d'avortement efficaces, seraient en réalité inaptes à les réaliser. »

Article 5. « Lorsque l'avortement aura été consommé à la suite des manœuvres ou des pratiques prévues à l'article 2, les dispositions de l'article 3 du Code pénal seront appliquées aux auteurs des dites manœuvres ou pratiques. »

Article 6. — « L'article 463 du Code pénal est applicable aux délits ci-dessus spécifiés. »

Cet article 6 se rapporte aux circonstances atténuantes.

Nous terminerons en disant qu'à notre époque, et dans presque tous les pays, l'avortement est, à notre exemple, considéré comme un délit, correctionnalisé, déféré aux tribunaux, et, ainsi soustrait aux juridictions des jurys qui, sous n'importe quelle latitude, obéissent généralement, au regard de l'avortement, aux mêmes sentiments d'extrême indulgence envers la misère, le déshonneur, et se laissent en outre guider par la crainte des erreurs judiciaires. Inutile d'ajouter que partout l'avortement est réprimé et que nulle part il n'est autorisé sous aucun prétexte que ce soit à moins qu'il ne s'agisse bien entendu d'avortement thérapeutique. A cette règle générale, il nous faut pourtant faire une exception pour la Russie des Soviets où l'avortement est légalement autorisé sous certaines conditions que voici :

La législation soviétique a en effet renoncé à considérer comme criminelles les femmes qui désirent la suppression de leur gestation et tolère le mal que l'on ne peut songer à empêcher. Ajoutons toutefois que le but de cette législation de l'avortement n'est en somme qu'un but de protection médicale.

Parmi les considérants de la loi du 18 novembre 1920 qui a rendu légal et réglementé l'avortement provoqué, nous relevons ceux-ci :

« Depuis une dizaine d'années dans les pays occidentaux aussi bien que dans le nôtre, le nombre de femmes qui se font avorter dans le but d'éviter la grossesse ne fait qu'augmenter. Les législateurs de tous les pays luttent contre ce fléau en édictant des peines qui frappent non seulement la femme qui s'est fait avorter, mais encore le médecin qui a pratiqué l'avortement.

« Cette méthode de lutte, sans donner de résultats positifs, a conduit à des avortements clandestins, en faisant de la femme une victime des charlatans cupides et ignorants qui font de cette opération secrète une véritable industrie. Le résultat est que 50 % environ des femmes qui se font avorter sont la proie de l'infection et que 4 % d'entre elles en meurent.

« Le gouvernement des ouvriers et des paysans se rendant compte de tout le mal que cet abus cause à la collectivité, a décidé de lutter contre ce fléau en faisant une propagande contre l'avortement dans les classes ouvrières, en instaurant le régime socialiste, en cherchant à réaliser en totalité les principes de la protection de la mère et de l'enfant. Il prévoit une disparition progressive de cet état de choses.

Mais en attendant, la routine du passé et les dures conditions économiques du temps présent, poussent encore une partie des femmes à se décider à cette opération.

« Le Commissariat du Peuple à la Santé Publique et le Commissariat du Peuple à la Justice, en vue de

sauvegarder la santé des femmes et les intérêts de la race contre les charlatans ignorants et cupides, et, considérant que le système de répression appliqué dans ce but n'a pas donné de résultat, arrête ce qui suit :

1^o Il est permis de faire gratuitement et librement cette opération dans les hôpitaux soviétiques, où les risques sont réduits au minimum.

2^o Il est expressément interdit à qui que ce soit, excepté aux médecins, de pratiquer cette opération.

3^o Les sages-femmes qui enfreindront ces prescriptions seront privées du droit d'exercer leur profession et seront traduites devant les tribunaux.

4^o Les médecins pratiquant l'avortement dans leur clientèle privée et dans un but intéressé en répondront devant la justice. »

En outre la législation en vigueur reconnaît à la femme après l'avortement (naturel ou artificiel) le droit au congé, le paiement intégral de son salaire et l'exemption du travail pendant 3 semaines si elle est occupée à des travaux manuels et 2 semaines s'il s'agit d'un autre travail. Le Dr Guens résumant les résultats d'application de ce décret et se basant sur les statistiques de Moscou s'exprime ainsi :

1^o « Il est erroné de croire que la femme d'aujourd'hui avorte pour se débarrasser de l'enfant : le pourcentage des femmes qui se font avorter avant d'avoir eu un enfant est minime : il n'est que de 8 %.

2^o « La grande majorité des femmes qui se présentent à l'hôpital avortent pour la première fois : elles ne font pas cette opération de bon cœur et le nombre de celles qui abusent de l'avortement est presque nul : 3,2 %, seulement des femmes avortent pour la quatrième fois.

3^o « La cause principale qui pousse les femmes à se faire avorter est le manque de ressources (44,6 %) et l'existence d'un enfant au sein (33,4 %). Le rôle de mauvais logements est considérable (43,9 %),

surtout lorsque l'on vit à 4 et même plus dans une seule pièce.

4^o Le nombre des avortements n'augmente pas, tandis que la natalité augmente : en 1924 on a compté 7.000 avortements à Moscou sur 21.000 naissances, c'est-à-dire 30 % ; en 1925 11.000 avortements sur 40.000 naissances (28,6 %). D'autre part le professeur Semachko écrivait en janvier 1926 dans un article publié par la « Revue Franco-Russe de Médecine et de Biologie » :

« Cette loi n'a pas diminué le nombre d'avortements : complétée par des mesures concernant la protection de la maternité et de l'enfance, elle donne cependant aux femmes des garanties du minimum de dommage pour la santé. C'est ce qu'a été le but essentiel de la législation soviétique dans cette question.

Le décret de 1920 fut complété le 3 novembre 1924 par une disposition additive qui établit :

1^o L'ordre de délivrance des autorisations pour l'avortement ;

2^o Les groupes de travailleuses qui ont droit à cette opération ;

3^o Le droit de faire l'avortement dans les cliniques privées.

Enfin une circulaire du 9 janvier 1924, n^o 13, est venue compléter la législation soviétique par l'organisation près des sections de la protection de la mère et de l'enfant, de commissions formées de médecins et d'un délégué de la section féminine.

Ce sont en effet ces commissions qui délivrent aux intéressées l'autorisation pour l'avortement et l'ordre d'admission dans les hôpitaux. La gratuité est accordée d'abord aux femmes seules qui chôment et qui, de ce fait, reçoivent une allocation de la Bourse du travail ; ensuite, aux femmes seules ouvrières qui ont déjà un enfant ; et, enfin, aux femmes ayant plusieurs enfants et qui travaillent dans l'industrie. Il faut y ajouter après, les femmes d'ouvriers ayant déjà

plusieurs enfants et toutes les autres catégories d'assurées. La gratuité est accordée aux autres citoyennes en tout dernier lieu.

Comme on le voit, si le gouvernement soviétique a légalisé et autorisé l'avortement, ce n'est que dans des conditions toutes particulières et pour mieux lutter contre lui, car l'avortement clandestin est absolument interdit et reste rigoureusement puni. En effet, si par suite des mauvaises conditions matérielles de la vie qui n'ont pas disparu, le nombre des avortements n'a pas diminué, il n'en est pas moins certain, comme le professeur Semachko le disait lors d'une conférence faite à la Faculté de Médecine de Paris le 26 octobre 1925, et publiée par la « Revue Franco-Russe de Médecine et de Biologie » dans son n° de janvier 1926, que : « Les accoucheurs ont pu constater que le nombre des infections consécutives aux avortements a diminué depuis que des peines sévères ont été édictées contre les avortements clandestins, peines qui ont obligé les avorteurs à prendre plus de précautions et à observer plus de règles de l'hygiène dans leurs opérations ».

De même, Mme le D^r Lebedeva, directrice de la section centrale de la protection de la maternité et de l'enfant a pu écrire dans son livre « Les Etapes passées » :

« Autoriser l'avortement ne veut pas dire l'encourager. L'avortement reste une calamité sociale aussi bien au point de vue de la santé de chaque femme qu'au point de vue de la collectivité.

La voie qu'a choisie la République soviétique d'amélioration économique et sociale, de vaste protection de la maternité, est la seule solution du problème. Mais cette voie est longue pour que chaque femme puisse envisager sans crainte son avenir et l'avenir de son enfant. Nous sommes loin de ce but en raison du mauvais état de nos finances et de notre industrie ».

Ainsi donc, en autorisant l'avortement légal, la législation soviétique ne fait que subir l'avortement

comme un pis-aller pour en réduire les risques au minimum.

Dans cet ordre d'idées, nous signalerons de même parmi la multiplication des organisations d'assistance sociale pour combattre l'avortement, l'enseignement officiel, depuis quelques années, de moyens propres à empêcher la fécondation. C'est là une des attributions des consultations de femmes enceintes où l'on enseigne aux femmes qui les demandent, les procédés capables d'empêcher des fécondations indésirables, mais dans certaines conditions (pauvreté et grand nombre d'enfants), qui pourraient inciter plus tard les femmes à demander l'avortement. D'où, l'enseignement des pratiques anticonceptionnelles pour prévenir les gestations et empêcher de nouvelles fécondations, enseignement réglementé par le Décret du Congrès Panrusse de la Protection de la mère et de l'enfant en 1923.

Comme on le voit, la législation de l'avortement autorisé et provoqué, officiellement organisé et réglementé, n'est en somme qu'une des nombreuses formes que l'assistance médicale revêt en U. R. S. S. — forme inusitée en d'autres pays — pour combattre les nombreux risques d'infection, de septicémie et d'accidents de toute sorte qui accompagnaient si souvent les avortements clandestins. C'est pourquoi nous trouvons une justification de cette forme de lutte contre l'avortement dans ce passage de Mme le Dr Lebedeva qui écrit dans son livre « Les étapes passées » : « Quand nous posons la question de la lutte contre l'avortement et la question des mesures préventives contre la fécondation, nous n'entendons pas leur opposer une propagande de rue et de meetings, mais une propagande médicale par nos consultations, par les conseils individuels du médecin à la femme fatiguée qui ne peut pas avoir d'enfants. »

Cette façon de concevoir la lutte contre l'avortement en dehors de toute pénalité est toute nouvelle, fort curieuse et complètement à l'encontre des conceptions

qui ont force de loi dans les autres pays. C'est en somme la reconnaissance à la femme du Droit à l'avortement. Aussi la législation soviétique sur cette question ne peut manquer de surprendre le lecteur, et c'est pourquoi nous avons cru intéressant de nous y attarder.

Avant de terminer notre chapitre, disons que, si, pour le moment, seule la législation soviétique autorise légalement l'avortement, un Canton suisse, le Canton de Bâle-Ville, avait en 1913 élaboré un projet de loi permettant et autorisant l'avortement pour des raisons sociales. Ce projet de loi prévoyant la liberté de l'avortement fut discuté et voté par le Grand-Conseil de ce Canton : mais ce vote n'a pas été ratifié par le Conseil Fédéral, si bien que la loi ne fut jamais appliquée.

La Société de Médecine légale se fit l'écho de cette tentative d'innovation, ce qui donna lieu à diverses interventions de MM. Garçon, Alfred Le Poittevin, etc.

III.

DIAGNOSTIC DE L'AVORTEMENT CRIMINEL.

Dans toute expertise médico-légale relative à un avortement criminel, la 1^{re} des choses pour le médecin-légiste est de savoir s'il a affaire à un avortement soit récent, soit ancien, soit post mortem ou après exhumation.

D'où, la nécessité pour lui d'adopter une ligne de conduite différente selon qu'il aura affaire à l'un ou l'autre de ces cas, afin de pouvoir établir un diagnostic net et précis et de découvrir la vérité au milieu de l'enchevêtrement des questions qu'il aura à résoudre.

Et, pour montrer la difficulté de cette tâche, ouvrons ici une parenthèse en disant que de nos jours les moyens employés par les avorteurs et avorteuses, telle que l'injection intra-utérine par ex., le sont généralement selon toutes les règles de l'asepsie et de l'antisepsie et laissent très peu de traces tout en répondant au but désiré. Ce fait, ajouté à l'habileté des gens qui s'adonnent à ce triste métier, est cause que dans la grande majorité des cas, l'avortement criminel passe malheureusement inaperçu. Cela, non pas pour dire bien entendu que l'expert éclairé ne puisse jamais découvrir soit sur les organes génitaux de la femme vivante ou morte, soit sur le corps du fœtus, le placenta ou les membranes de l'œuf, les preuves manifestes d'une intervention criminelle, mais pour faire état une fois de plus des nombreuses difficultés que le médecin-légiste aura à résoudre et à vaincre pour répondre d'une manière nette et catégorique aux 3 questions suivantes qui, avec quelque variante près,

reviennent toujours dans toute expertise médico-légale relative à un avortement criminel.

1^o Y a-t-il eu avortement?

2^o Est-il naturel ou provoqué?

3^o A quelle époque de la grossesse s'est-il produit?

Or, pour établir son rapport, n'oublions pas que l'expert n'aura le plus souvent que des données incertaines et généralement plus ou moins incomplètes, ce qui rendra sa tâche délicate et compliquée pour distinguer un avortement criminel d'une fausse-couche naturelle, accidentelle ou diathésique.

Aussi l'expert ne pourra-t-il se borner dans son rapport à la simple énumération des diverses lésions matérielles qu'il aura relevées. Mais, connaissant d'une part, les moyens dont se servent avorteurs et avorteuses, leurs moyens de défense, les conditions où ils se placent pour opérer, d'autre part n'ignorant pas les effets qui résultent des manœuvres abortives et pour la mère et pour le produit de la conception, il lui faudra en même temps tenir compte de toutes ces circonstances et établir une comparaison entre les symptômes de l'avortement criminel, ceux de la fausse-couche naturelle ou accidentelle et même ceux de l'avortement thérapeutique que l'art et la science approuvent et que la loi permet. Ce faisant, son rapport présentera suffisamment de preuves et d'indices dont la justice tirera le meilleur parti possible, et qui dans la grande majorité des cas lui suffiront pour établir son diagnostic et pour, en même temps, assurer la répression de l'avortement criminel à n'importe quel moment où on aura eu recours à ses lumières et pour n'importe quel genre d'avortement, quel qu'il soit : récent ; ancien ; post-mortem et même après exhumation.

Et maintenant voyons quelle sera sa conduite à tenir dans chacun de ces 4 cas où il pourra être commis, et comment il pourra établir son diagnostic en se basant sur les moyens employés, et d'après les 3 formes classiques où l'on rencontre habituellement

l'avortement criminel, c'est-à-dire, soit que l'avortement ait été produit :

a) par ingestion de substances abortives ou réputées comme telles ;

b) par des manœuvres mixtes, c'est-à-dire par absorption de substances abortives combinées dans un temps plus ou moins éloigné à des manœuvres internes ou externes ;

c) enfin, par des manœuvres soit externes, soit internes, combinées ou séparées.

a) *Diagnostic de l'avortement récent.* — Avant d'aborder l'étude des signes de l'avortement récent, disons qu'aussi bien pour l'avortement récent que pour l'avortement ancien, l'expert doit savoir que les signes caractéristiques de ces 2 sortes d'avortement, sont de divers ordres, et qu'il n'a le droit d'en négliger aucun s'il veut remplir consciencieusement et dignement la mission qui lui a été confiée d'éclairer la justice dans la recherche de la vérité. Il aura donc à faire état pour établir son diagnostic non seulement de la découverte des lésions traumatiques toujours aléatoires pour l'avortement récent et ancien, mais aussi de l'analyse des symptômes ressentis par la femme qui vient d'avorter récemment ou depuis quelque temps, de l'ordre dans lequel ces symptômes se sont présentés et, comme pour toute sorte d'avortement, des accidents qui en ont été la conséquence. Quoiqu'il en soit, 3 cas se présenteront toujours à son examen et à son attention :

1^o Celui où l'avortement a eu lieu à une époque peu avancée de la grossesse ;

2^o Celui où l'avortement s'est produit au contraire à une époque déjà avancée de la grossesse ;

3^o Enfin, celui où il s'agit d'une femme encore malade des suites récentes d'un avortement.

S'il s'agit d'un avortement, ayant eu lieu avant la fin du 3^e mois de la grossesse, les traces que l'expert découvrira au niveau du col seront bien insignifiantes et minimales. L'orifice en effet sera légèrement béant,

entr'ouvert, et souvent il y aura un écoulement plus ou moins abondant de mucus sanguinolent : mais le diagnostic différentiel avec la métrite cervicale est toujours délicat. A ce moment de la grossesse les modifications de l'organisme, des seins surtout, sont encore peu prononcés, et, ainsi, on voit combien il faut être réservé pour poser un diagnostic par le simple examen de la femme.

Si, au contraire, l'examen de l'expert porte sur un avortement qui s'est produit à une époque déjà avancée de la grossesse, le toucher, combiné à la palpation, lui fera rencontrer au niveau de l'utérus des signes d'autant plus caractéristiques que la grossesse sera plus avancée. L'utérus en effet est encore toujours gros ; sa rétraction n'est pas encore achevée, car dans l'avortement criminel il est toujours bien plus long à reprendre son volume normal à cause du manque de précautions nécessaires et des troubles apportés à la lactation, ce qui pourra lui donner ainsi une idée approximative de la date de l'expulsion. L'orifice externe du col est très béant, entr'ouvert et présentera des traces récentes de déchirures : souvent, l'expert dépistera à la vulve, du côté de la fourchette ainsi qu'au périnée, une ou plusieurs déchirures en voie de cicatrisation dues au passage de la tête du fœtus : l'orifice interne pourra être ouvert ou fermé. Un tel examen obstétrical permettra aussi à l'expert, aidé en cela par l'interrogatoire, de diagnostiquer l'âge de la grossesse et par cela même celui de l'avortement : en effet au deuxième mois le fond de l'utérus est à 4 cm. au-dessus du pubis ; au 3^e mois, il est à 8 cm. ; au 4^e mois, à 12 cm., et, ainsi de suite, jusqu'au 9^e mois, l'utérus augmente de 4 cm. par mois. Ce diagnostic ne sera guère possible 6 semaines après l'avortement, l'involution utérine étant alors achevée, sauf si elle est retardée par une affection pathologique (métrite, métro-péritonite, etc.).

D'autre part, il se pourrait que l'avortement ne soit

pas encore terminé à l'arrivée du médecin-légiste pour procéder à l'examen de la femme : ainsi le placenta pourrait n'être pas encore expulsé par l'utérus, alors que le col se serait fermé après l'expulsion du fœtus : il se pourrait aussi que le placenta soit retenu dans l'utérus bien que l'orifice interne du col soit encore entr'ouvert et que le toucher ne fasse pas sentir la présence de l'œuf dans la cavité utérine.

Mais alors, vraie signature caractéristique de l'avortement, l'expert pourra, par la constatation d'hémorragies persistantes et de lochies fétides, conclure à une rétention du placenta et par conséquent à une délivrance incomplète. Généralement, en effet, l'œuf est expulsé en entier pendant les 3 premiers mois de la grossesse et alors, l'avortement a lieu en un seul temps. Dans un tel cas l'utérus se vide de suite totalement et nul débris placentaire ou des annexes de l'œuf n'y subsistant, les complications sont pour ainsi dire insignifiantes, sinon nulles. C'est l'avortement ovulaire. Mais après le 3^e mois la rupture des membranes est la règle et l'expulsion de l'œuf se fait en 2 temps : c'est l'avortement embryonnaire :

1^o Le fœtus d'abord,

2^o Le placenta après un temps plus ou moins variable : en effet l'avortement peut se faire rapidement ou même durer de 15 à 20 jours avec des alternatives de contractions, d'hémorragies et de repos.

Ainsi, chez une femme accusée d'avortement et mise en observation pour métrorragie, l'expulsion du placenta fournira la preuve palpable et indéniable de cet avortement. Toutes les fois en effet qu'il y a rupture des membranes ou un décollement étendu du placenta, l'avortement est inévitable et la persistance des hémorragies fera juger de l'étendue du décollement du placenta.

Mais rares seront en général les cas où l'expert fera assez rapidement sa visite pour qu'il ait chance d'examiner la malade avant la fin du travail.

Un fait de ce genre nous est cependant rapporté par Devergie qui put arriver avant l'expulsion du placenta et alors que le cordon pendait encore à la vulve. Rien de plus facile alors qu'une telle expertise. Malheureusement des cas semblables sont une rareté, car dans la presque totalité des expertises, l'inculpation ne survient que la délivrance finie et, quand le médecin-légiste se trouve à main d'œuvre pour examiner l'inculpée, le travail et la délivrance sont terminés.

Seulement, comme tout de même son examen sera presque immédiat, il pourra aboutir à des conclusions suffisamment précises et intéressantes si ses recherches portent sur le sang rejeté par la malade. Son examen de la nature des hémorragies constatées, pourra lui déceler la présence au milieu de caillots, de débris de placenta retenus quelque temps par l'utérus, de lambeaux de membranes organisées, ou même de l'œuf entier dont l'examen fait sous l'eau et à l'aide d'aiguilles fines facilitera les recherches. On ne pourrait en effet le confondre avec un caillot qui se délaierait dans l'eau, ne laissant tout au plus qu'une substance friable cédant à la plus légère pression. Le produit de la conception peut en effet 99 fois sur 100 passer au milieu de ces caillots. Mais, comme dit Tardieu, « dans certaines circonstances on peut constituer une preuve suffisante de présomption d'avortement : s'il a été écrasé, l'examen à la loupe fera voir les fragments de cartilages, d'organes, etc. »

D'autre part, soit toujours dans le sang, soit dans l'écoulement lochial, l'examen microscopique pourra lui révéler la présence de débris de caduque, de plaques d'épithélium, de fibres musculaires lisses ayant subi la dégénérescence graisseuse, le tout provenant de la face interne de l'utérus. Ainsi, même si l'œuf n'est pas retrouvé et que la femme cherche à nier, l'expert aura suffisamment de preuves pour lui permettre d'établir son diagnostic et de reconnaître que la grossesse a été interrompue depuis peu par l'expulsion

prématurée du produit de la conception. Cet examen, bien entendu, l'expert ne pourra le faire qu'au cas où l'avortement s'est fait en 2 temps, la rétention des membranes étant alors très fréquente ; car comme nous l'avons déjà dit plus haut, si l'œuf est expulsé en un temps, on le fera généralement disparaître.

Voyons donc le parti que le médecin-légiste pourra tirer d'un tel examen.

Examen des annexes. — Ceci nous conduit à l'étude des annexes qui joue un grand rôle dans les expertises médico-légales de l'avortement et, en 1^{er} lieu, parlons de l'examen des membranes.

Quand ces dernières ont été l'objet d'une ponction, elles présentent, si le traumatisme est dû à un objet aigu (aiguille, stylet), une ouverture nette à l'emporte-pièce : si l'instrument employé a été un objet moussé, comme une sonde, leur ouverture sera frangée. Si l'on s'est servi d'injection, les membranes apparaîtront décollées, et dilacérées, par suite d'éclatement lors du travail physiologique, au cas où l'injection aura été assez forte pour ouvrir l'œuf. On n'ignore pas, en effet, qu'il faut que la ponction soit pratiquée un peu haut si l'on veut que le travail s'établisse peu à peu et que l'opération offre le moins possible de dangers pour la femme : pratiquée basse, elle entraîne une perte rapide des eaux de l'amnios et ainsi des difficultés énormes pour la réussite de l'avortement. C'est là un fait important à noter pour l'expert car il découvrira ainsi si l'auteur de la ponction est quelqu'un d'inexpérimenté ou ayant des connaissances spéciales.

Pour le cas où le médecin légiste n'aurait découvert que des lambeaux, des débris membraneux, il lui faudra en déterminer la nature par leurs villosités constatées sur l'une de leurs faces — s'il s'agit par ex. de débris se rapportant à un œuf encore jeune — ainsi que par leur constitution par des cellules embryonnaires et non revêtues d'épithélium ; il lui faudra aussi établir le diagnostic différentiel par ex. avec la dysménorrhée

membraneuse qui entraîne souvent l'élimination des membranes affectant la forme de la cavité utérine, ce qui a pu faire suspecter un avortement des premières semaines. L'examen microscopique montrera la provenance des lambeaux et permettra de les différencier de la muqueuse utérine dont la structure est toute différente avec ses glandes en tube sinuées, divisées et anastomosées, tandis que les débris de membranes provenant d'un produit de conception ayant atteint et, à plus forte raison, dépassé le second mois de la gestation sont surtout formés de cellules embryonnaires sans aucun revêtement épithélial.

Rappelons aussi, à propos de cet examen des membranes, que Gallard pensait déduire, de la disposition particulière qu'elles présentent dans certaines circonstances un signe d'expulsion provoquée par manœuvres abortives, d'autant plus intéressant à noter dans l'avortement des premières semaines, où les recherches sont très difficiles. Voici sur quoi Gallard entendait s'appuyer.

On sait, en effet, que dans les premiers trois mois de la grossesse, de l'avis de tous les accoucheurs et à moins de lésions pathologiques des membranes, l'avortement se fait en bloc ; l'œuf est alors trop petit et ses membranes trop résistantes pour que l'expulsion se fasse en 2 actes. D'autre part pour que l'utérus puisse l'expulser par ses seules contractions, sans intervention aucune, il faut que l'œuf ait une certaine grosseur, ce qui n'existera plus s'il est ouvert.

Gallard concluait de là que si à cette époque l'œuf était perforé, il fallait exercer des tractions sur l'embryon pour en amener la sortie : de ce fait, et au fur et à mesure que l'embryon est attiré dehors par l'ouverture pratiquée, il entraînera avec lui le cordon, le placenta et les membranes enfin qui se retourneront. Cette perforation des membranes et leur retournement seraient pour Gallard caractéristiques et comme le cachet de manœuvres abortives.

Cette opinion souleva de nombreuses objections de la part de Charpentier entre autres, qui soutenait que sur un œuf jeune on ne pouvait jamais affirmer la vraie cause de la déchirure, que le cordon était trop faible pour résister à des tractions décollant les membranes et qu'il suffisait d'une hémorragie placentaire de n'importe quelle nature pour amener un renversement des enveloppes. Ajoutons que ces affirmations de Charpentier furent combattues par Leblond à la Société de Médecine légale. Quoiqu'il en soit Gallard et Charpentier étaient d'accord sur un point : que pendant les 2 premiers mois l'avortement se fait en général en un seul bloc : c'est l'avortement ovulaire. Même s'il se produisait en 2 temps, l'expert ne pourrait affirmer qu'il est dû à des manœuvres abortives criminelles, car la rupture des membranes peut être naturelle et due à des altérations pathologiques. Mais à partir du 3^e mois, il est certain que l'avortement en bloc est rare et que la règle est l'expulsion en 2 temps : 1^o le fœtus, et 2^e le placenta à une époque plus ou moins éloignée, quelques heures ou 24 à 48 h. après et même plus tard parfois, ce qui fait que la rétention placentaire est même une complication prévue et très grave de l'avortement par déchirure des membranes ou décollement, que l'avortement soit naturel ou criminel. Or en médecine légale, il est rare que l'expert ait à se prononcer sur des avortements avant le 2^e mois de la grossesse, et même dans ce cas, une rupture des membranes ne serait pas un signe suffisant pour affirmer un avortement criminel.

De telles constatations ne peuvent donc pas avoir en médecine légale une valeur absolue et on ne peut conclure à l'avortement criminel d'après la déchirure et le retournement des membranes, quelle que soit l'époque de la grossesse à laquelle l'expulsion de l'œuf a eu lieu. Mais, au cas où l'expert les observerait, il lui faudrait chercher à savoir si elles ne sont pas le

fait d'une affection pathologique des enveloppes ou du placenta.

Il se pourrait aussi que la mort du produit de la conception soit due à l'injection de toxiques dans les eaux de l'amnios par ponction des capillaires des membranes : dans ce cas on ne retrouvera aucune trace sur les enveloppes et il faudrait pouvoir analyser les eaux de l'amnios pour découvrir la nature du toxique.

Examen du placenta. — D'autre part pour ce qui concerne les fragments ou les lambeaux de placenta que l'expert pourra trouver au milieu des caillots de sang, il lui sera facile de les reconnaître encore plus facilement que les membranes à cause de la structure toute particulière du placenta avec ses deux faces l'une lisse et l'autre tomenteuse. C'est ainsi que dans un avortement simulé où l'on voulait faire passer pour un fragment de placenta un morceau de rate de mouton, l'expert n'eut aucune difficulté pour découvrir la supercherie. En outre, même en l'absence du fœtus, et pourvu qu'il ait à sa disposition quelques fragments de placenta, l'expert pourra en déduire de leur organisation, l'existence, l'âge, les affections et la viabilité du produit qui aura été expulsé. C'est ainsi que dans une affaire d'avortement, Maurice Longuet et Leprince purent, par le simple examen microscopique d'un fragment utérin, établir :

1^o que c'était un débris placentaire ;

2^o qu'à cause de sa structure épithéliale, ce placenta devait avoir plus de 2 mois ;

3^o ensuite, que, vu son organisation vasculaire, ce placenta avait moins de 5 mois ;

4^o enfin que ce placenta appartenait à un fœtus de 3 à 4 mois.

Examen du cordon. — L'expert ne devra pas non plus négliger l'examen du cordon, s'il lui est donné de pouvoir procéder à cet examen qui aurait aussi son importance. En effet, pourvu qu'il possède une de ses extrémités, il verra s'il a affaire au bout pla-

centaire ou au bout fœtal : s'il n'y voit aucune trace de ligature, ce qui, dans l'avortement, pourra donner lieu à de fortes hémorragies, il y verra l'indice d'une coupable négligence. Sur le fœtus, s'il trouve le cordon en entier, mais avec des lambeaux de membranes, il en déduira que des tractions puissantes auront été exercées pour précipiter l'expulsion, ce qui sera une preuve certaine de violences.

En outre, l'examen du cordon ou d'un fragment pourra permettre à l'expert d'affirmer ou non un avortement naturel ainsi que la vie ou la mort du produit de la conception au moment de son expulsion. Ainsi : 1^o la macération du cordon ou de son débris indiquerait que ce cordon appartient à un fœtus mort longtemps avant son expulsion et ayant séjourné quelque temps dans l'utérus, ce qui supposerait une mort naturelle par maladie ou par accident, donc très probablement un avortement naturel spontané que l'expert ne pourra bien entendu certifier qu'après interrogatoire et examen de la femme pour dépister la vraie cause de la mort du fœtus, maladie ou accident ; 2^o de même par l'examen des 3 vaisseaux du cordon, et si seule la veine contient du sang, alors que les 2 autres, les artères, en seraient vides, il pourra en déduire que le fœtus ou l'embryon était vivant au moment de son expulsion, donc que sa mort est le résultat de cette expulsion.

Examen des taches. — Connaissant l'importance des taches en médecine-légale, l'expert commis dans une affaire d'avortement ne négligera pas d'examiner toutes les taches suspectes qui se présenteront sous ses yeux.

Liquide amniotique. — Ces taches occupent d'ordinaire une grande étendue : elles sont grises-jaunâtres, limitées par un liseré grisaille et à bords un peu foncés : elles empèsent légèrement le linge. On les reconnaîtra au microscope par la présence de divers éléments accessoires. Dans les derniers mois de la grossesse on y

trouve en effet des cellules épithéliales pavimenteuses à noyau — cellules d'enduit sébacé du fœtus —, et quelques poils de duvet : leur teinte est alors un peu jaunâtre ou verdâtre, et un peu trouble. Au début de la grossesse elle est limpide et incolore. La composition du liquide amniotique est semblable à celle du sérum sanguin dilué et est constituée par de l'eau tenant en solution 3 à 4 % d'albumine et de sels. Son odeur est analogue à celle du sperme, odeur qui peut être modifiée par la nature du milieu où a vécu la femme. Le liquide macéré des taches précipite par l'alcool, le chlore, le nitrate d'argent sans que ces réactions soient bien caractéristiques. Il en est de même de la présence d'albumine, de chlorures, de phosphates de chaux ou de soude qui ne sont qu'un indice. Indiquons néanmoins que ce liquide mêlé à la potasse donne à la chaleur une vapeur aqueuse qui ramène au bleu le papier rouge de tournesol ; que l'acide chlorhydrique, le chlorure de barium, la solution de tannin le troublent également. En outre par suite de la présence d'une certaine quantité de chlorure de sodium il donne avec l'azotate d'argent un précipité blanc floconneux insoluble dans l'acide azotique avec lequel il ne donne aucune réaction. Disons aussi qu'il se trouble par la chaleur et l'acide azotique. Chevalier a cherché à déterminer les caractères chimiques du liquide amniotique et en particulier de ses taches sur les linges. D'après lui sa réaction est alcaline ; il mousse par l'agitation et, en présence des divers réactifs chimiques, il se comporte comme tous les liquides albumineux. La présence d'une substance caséuse, jaunâtre ou rouge-cinabre augmente souvent sa consistance et, selon la quantité de sang, sa coloration va du jaune-ambéré au rouge brun-foncé.

Taches d'épiderme fœtal. — Ces taches sont constituées par des lambeaux plus ou moins larges, sur lesquels on rencontre d'habitude plusieurs couches de cellules polyédriques à 5 ou 6 pans de nature épithé-

liale. Elles sont blanc grisâtres, faciles à détacher sous forme de minces pellicules. Parmi les cellules qui entrent dans la constitution de ces couches de pellicules, les superficielles n'ont pas de noyau alors que les profondes en ont un. Parfois, sur ces lambeaux, on voit les orifices des conduits sudoripares ou des follicules pileux reconnaissables à la disposition des cellules qui les entourent. Ces cellules, à ce niveau, semblent plus petites du fait qu'on ne les voit qu'en partie ; mais, plus loin, on les reconnaît entièrement à leur mosaïque régulière et à mailles égales. Disons enfin que les cellules constitutives des taches d'enduit sébacé sont, comme leur nom l'indique, infiltrées de substance sébacée ; qu'elles n'ont une structure à forme plate, pavimenteuse, polygonale, que quand on les examine à l'état frais. Quand, au contraire, il s'agit de taches sèches qu'il a fallu faire macérer dans l'eau, ces cellules affectent une forme globuleuse ; toutes ces cellules d'origine épidermique sont imbriquées l'une dans l'autre et présentent de multiples granulations très menues. En outre le microscope fera voir aussi parfois sous l'objectif des poils de duvet à pointe très effilée et sans canal médullaire, s'il s'agit bien entendu d'une grosseur déjà un peu avancée.

Taches de méconium. — Quant aux taches de méconium qui ne prend sa coloration que dès le 6^e mois de la vie intra-utérine, elles sont verdâtres, solides et irrégulières. Si on examine au microscope une pareille tache qu'on aura laissé macérer dans l'eau 1/2 h. et qu'on aura facilement détachée de l'étoffe avec un couteau, on y trouve d'après Robin et Tardieu, des petites granulations grasses, de multiples cristaux de cholestérine à forme de tablettes rhomboïdales : on y voit aussi quelques cellules épithéliales prismatiques plus ou moins altérées d'origine intestinale, des stries parallèles de mucus et des granulations tenues d'ordre indéterminé. L'élément caractéristique du méconium

est la présence de grosses granulations ovoïdes, polyédriques dont les angles sont arrondis, colorées en jaunâtre et constituées par la matière colorante de la bile (bilirubine et biliverdine).

Taches de colostrum. — Elles empèsent le linge, sont d'une couleur jaunâtre à bords irréguliers, bien dessinés et plus foncés au centre : parfois la tache est entourée d'une zone grise à bords également bien limités. Le microscope y montre des globules graisseux, quelques leucocytes qui disparaissent 2 à 3 jours après l'expulsion du fœtus, et, comme éléments caractéristiques des corpuscules arrondis, irréguliers, granuleux et un peu volumineux (de 1 à 5 centièmes de millimètre). Ces corps granuleux persistent 5 à 6 jours après l'expulsion du fœtus et quelquefois plus longtemps. Ce sont les corpuscules de Donné. En même temps le microscope révèle la présence de cellules d'épithélium pavimenteux remplies de granulations graisseuses.

Taches de sang. — L'expert aura enfin à apprécier la nature des taches de sang qui, dans l'avortement, est mélangé de caillots et est acide à cause du mucus qu'il contient. Il le distinguera du sang menstruel par l'action de ce dernier sur les germes de *Lapinus mutabilis* et sur la fermentation du glucose. Il constatera : 1^o) que le sang menstruel desséché arrête la croissance de ces germes, et 2^o) que la fermentation du glucose est retardée par l'addition d'une solution de 6,6 à 10 % de sang menstruel desséché du 1^{er} et 2^e jour. Enfin, dans le sang menstruel, le microscope y décèlera des cellules à épithélium pavimenteux du vagin, et, très rarement des cellules cylindriques à cils vibratils du col de l'utérus. En outre la fibrine y *manque ou est très minime* : ses caillots sont mous, friables, moins consistants : on le différenciera 1^o) du sang des lochies, qui mêlé à une matière muco-purulente est reconnaissable à son odeur et à sa couleur ; 2^o du

sang du placenta qu'on peut déceler par la présence de villosités placentaires ; 3^o du sang hémorragique provenant des blessures des organes génitaux, dans lequel on trouvera des cellules dont la forme permettra souvent de porter un diagnostic sur le siège de la lésion.

Analyse du sang. — Il nous reste à parler de la méthode de l'analyse du sang indiquée par Abderhalden en 1912 et appliquée à la médecine légale par Corin et Weesch en 1914 pour reconnaître soit la grossesse, soit l'accouchement, soit l'avortement récent d'une femme. Il est basé sur la propriété que possède le sérum de la femme gravide ou récemment accouchée ou avortée de solubiliser et de peptoniser le placenta. Ainsi, si d'après cette donnée on met en contact le sérum du sang recueilli par exemple des parties génitales d'une femme avec le placenta d'une autre femme, ce placenta ne subira aucune altération si la 1^{re} femme n'est pas enceinte : sinon l'albumine du placenta subit des transformations que décèlera l'examen polarimétrique et d'autres réactions chimiques. Cette réaction qui durerait tout le temps de la grossesse à partir du 8^e ou du 10^e jour se manifesterait encore 15 jours après l'accouchement ou l'avortement pendant toute la durée de l'écoulement lochial et serait constante sauf en cas d'éclampsie ou de vomissements incoercibles. Par contre il paraîtrait que sa spécificité serait tout de même douteuse, puisqu'on l'aurait trouvée même chez des femmes non gravides présentant certaines affections des organes génitaux internes, ou atteintes de carcinomes, ou même saines. Quoi qu'il en soit, d'après Corin et Welsch qui ont limité leurs recherches aux taches de sang provenant d'une femme enceinte, accouchée ou avortée, dans 80 cas, la réaction fut toujours positive. Remarquons enfin que cette positivité se manifeste même sur des taches anciennes datant de 2 à 65 jours.

Comme on le voit, l'examen des annexes et celui des taches peut être d'un précieux secours pour le médecin-légiste commis pour résoudre les difficultés inhérentes à toute affaire d'avortement.

En outre l'expert ne devra jamais négliger de se rendre compte s'il se trouve en présence d'une rétention de débris placentaires, car c'est là une des complications les plus fréquentes de l'avortement : l'on sait, en effet, que c'est toujours à la suite d'hémorragies persistantes et de phénomènes septiques de nature streptococcique qui mettent en danger la vie de la femme, que celle-ci se décidera à faire appeler un médecin ou bien à aller se faire soigner à l'hôpital, rassurée qu'elle sera d'échapper à la justice par suite du secret professionnel qui lie le médecin. C'est ce qui fait que sur le très grand nombre d'avortements qui se pratiquent annuellement, à peine quelques-uns font l'objet de poursuites judiciaires, se produisant soit à la suite de dénonciations, soit à la suite de la mort suspecte de la femme. Ainsi pour Paris, le Professeur Balthazard nous rapportait en 1921 une vingtaine de cas à peine dont la justice avait à s'occuper annuellement.

Mais les hémorragies suspectes, la rétention placentaire, la septicémie, l'examen des annexes et des taches ne seront pas les seuls faits que l'expert aura à sa disposition pour diagnostiquer un avortement récent en connaissance de cause.

Son diagnostic sera aussi étayé par la constatation sur le col et son pourtour, dans les culs-de-sac vaginaux, de traces de piquûres ou de déchirures qu'il lui faudra cependant se méfier de prendre pour des lésions traumatiques, alors qu'il pourrait avoir affaire tout bonnement à des plaies dues au passage du fœtus à travers le col plus ou moins dilaté, ce qui se produit par exemple à 5 mois, même si l'expulsion s'est faite en temps, l'œuf ayant alors le volume d'une tête d'un fœtus. Il lui faudra donc s'informer du volume de l'œuf, des efforts nécessaires pour l'expulser, examiner

aussi le bassin et voir s'il n'est le siège d'aucune tumeur ou d'aucune altération. Inutile d'ajouter que seul l'examen au spéculum permettra de ne laisser échapper aucune lésion.

D'autre part, les plaies que l'expert pourra rencontrer sur l'utérus pourront être fort différentes et il pourra même y en avoir de très graves que le spéculum ne pourra révéler. Ainsi Ollivier (d'Angers) nous rapporte un cas où il a vu à l'autopsie une fistule provoquée par une sonde qui, partant de la cavité du col, perforait l'utérus de part en part en allant déboucher dans la cavité abdominale : or dans un tel cas, il est évident qu'un examen au spéculum n'aurait rien découvert du tout. Mais ce que l'on pourra constater au spéculum ce sera, ainsi que Gallard l'a signalé dans deux observations, la présence d'écchymoses au fond du vagin et sur le col, et cela indiquera une manœuvre répétée à l'aide d'un instrument. On y pourra aussi trouver des eschares, conséquence de la nature caustique du liquide employé, ainsi que Tourdes l'a vu dans une observation. Disons enfin qu'il est des cas où l'expert pourra, sans difficulté aucune, assigner une origine traumatique à la nature des plaies ou cicatrices qu'il aura constatées : c'est quand elles auront pris la forme de l'instrument qui les aura produites. Ainsi Leblond nous cite deux cas de ce genre et, dans l'un d'eux, il y avait une cicatrice triangulaire, la femme s'étant servie de ciseaux. De même Casper nous relate à ce sujet une observation où la lèvre antérieure du col était nettement coupée de part en part avec des ciseaux. C'est ainsi que l'expert pourra trouver des plaies triangulaires, en $1/2$ cercle, ayant la forme de coups d'ongle, etc. D'autres fois, il pourra rencontrer des cas où l'instrument qui a servi à pratiquer l'avortement est resté dans l'utérus et ne peut en être retiré. Ce sera par exemple une baguette ou une aiguille à tricoter qui se sera rompue durant la manœuvre et dont un fragment, ou l'extrémité restera dans la cavité utérine qu'elle pourra des fois traverser complètement, ; ce sera

d'autres fois une sonde échappée à l'opérateur et qu'il n'aura pu retirer ou extraire. Souvent l'instrument ainsi resté emprisonné dans la cavité utérine pourra émigrer et être retrouvé plus ou moins loin au milieu d'un abcès. Nous trouvons dans Tardieu un cas de ce genre où une femme qui s'était introduit une aiguille dans l'utérus pour se faire avorter ne put la retirer : quelques semaines après, un abcès s'étant formé dans la région inguinale donna issue à ce corps étranger et la femme guérit sans aucun autre accident. Depuis, on a pu encore enregistrer quelques cas analogues où la guérison s'en était suivie. Hofmann et Brouardel nous rapportent également de nombreuses observations et Froriep, Barwell, Pétrequin et Felz nous citent chacun un cas analogue.

Il est tout naturel de concevoir que la découverte de l'instrument abortif, du corps du délit, dans une région quelconque du corps de la femme, soit de son vivant, soit à l'autopsie, sera comme le cachet et la marque indéniable de manœuvres abortives. Cependant, ce sont là des cas exceptionnels qui ne se rencontrent guère dans la pratique des expertises médico-légales. Quand l'instrument aura pénétré dans la cavité péritonéale, il en résultera d'habitude une péritonite mortelle à moins qu'il ne s'agisse d'un instrument aseptique : dans ce dernier cas, la suite ne serait qu'une péritonite localisée, des troubles de péritonisme, etc., et, comme nous venons de le dire, l'apparition de l'instrument dans une région plus ou moins éloignée de l'orifice d'entrée, et plus ou moins longtemps après l'accident.

Signalons également les lésions pathologiques du vagin, du col et de l'utérus qui prennent parfois une forme qui les fait ressembler à des traces de manœuvres, ce sera là pour l'expert une source possible d'erreurs qu'il évitera par l'interrogatoire de la femme, de l'entourage et du complice et par le contrôle des réponses obtenues.

Enfin l'expert devra se rappeler aussi que même la

méthode par injections peut laisser des marques de son emploi. Dans une de ses observations, Tardieu nous rapporte un cas de ce genre où il y eut « mort de métrô-péritonite à la suite d'une injection intra-utérine et où la lèvre postérieure du col de l'utérus présentait une infiltration de sang et un ramollissement, indices d'une violence directe. » Ces lésions étaient dues à la canule qui durant l'injection avait été pour ainsi dire appuyée sur la paroi de la cavité du col.

Enfin l'examen devra porter sur les seins ; examen très important chez une primipare, car si les mamelles sont développées, si le mamelon est fortement coloré, si dans son aréole la palpation fait sentir des tubercules un peu saillants, si, à la pression, on obtient un suintement lactescent, il y aura de fortes présomptions que la femme examinée vient d'avorter. Nous ne parlons que pour mémoire, — au cas bien entendu où l'avortement aurait eu lieu à une époque assez avancée de la grossesse, par exemple après le 4^e mois, — des vergétures et de la flacidité des parois abdominales, de la pigmentation de la ligne blanche, de l'effacement des plis vaginaux, de l'écoulement lochial, etc.

Nous ne parlerons de même que pour mention des cas toujours possibles où l'expert commis pour examiner une femme accusée d'avortement se trouve en présence d'une femme qui n'a jamais conçu ou d'une femme encore enceinte. Brouardel nous relate un cas de ce genre où, à la suite d'une dénonciation colomnieuse, une jeune fille fut arrêtée le jour même de son mariage alors que l'expertise prouva qu'elle était vierge.

De même des cas peuvent et se sont présentés où, pour égarer et la justice et le médecin légiste, des femmes avouent avoir avorté alors qu'elles sont encore enceintes. Un tel exemple nous est rapporté par divers auteurs où un expert pressé par le juge d'instruction de remettre son rapport, diagnostiqua hâtivement un avortement et, peu de temps après, la femme accoucha en prison. M. le Professeur Balthazard nous rapporte

d'autre part qu'à Tarbes une femme condamnée pour avortement accoucha au sortir de l'audience. Dans de tels cas, ce serait encore l'examen des organes génitaux qui permettrait à l'expert d'établir son diagnostic.

Ainsi au sujet de l'accusation portée contre une femme vierge, l'examen du col de l'utérus permettra de la réduire à néant, car chez la nullipare, le col, de forme conique, a son orifice constitué par une fente transversale ou un ovale circulaire à grand diamètre transversal dont la longueur sera de 2 à 6 mm. ou à 1 cm. au plus : en outre tout son pourtour est net et régulier et on n'y découvrira pas la moindre encoche, la moindre déchirure, la moindre cicatrice.

L'expert, pourrait, en outre, avoir recours pour trancher la difficulté, à l'emploi de l'appareil imaginé par le Dr Philipp Schneider de Vienne pour l'examen de l'hymen. L'instrument consiste en une grosse aiguille à injection pourvue d'un dispositif spécial : le tout est relié à une seringue : après introduction de l'appareil à travers l'orifice hyménal, on peut à volonté produire une vessie élastique derrière la membrane de l'hymen et examiner celui-ci d'une façon très détaillée.

Au contraire l'examen d'une femme primipare ou multipare montrera un col avec un orifice béant et pouvant admettre l'extrémité du doigt : sa fente aura de $1/2$ à 1 cm. de longueur : en outre, le pourtour du col, surtout au niveau des commissures présentera des cicatrices, des encoches correspondant aux déchirures qui se seront produites pendant l'expulsion du fœtus ou de l'enfant. Ainsi quand l'orifice du col se présente sous forme d'une fente transversale, on remarquera toujours 2 encoches aux extrémités ou des cicatrices irrégulièrement réparties autour de l'orifice. C'est là un signe très important chez une primipare pour diagnostiquer un avortement à partir du 6^e mois ; il est moins net et à peine perceptible après

un accouchement à terme et manquera chez une femme ayant eu 5 ou 6 accouchements à terme.

Comme on le voit l'examen du col permettra à l'expert d'établir son diagnostic et de démontrer l'inanité d'une accusation d'avortement au 5^e, 6^e, 7^e mois de la grossesse : mais pour ce qui concerne un avortement se rapportant aux premiers mois de la grossesse, les difficultés apparaissent, car de ce que l'expertise aura fait voir un col analogue à celui d'une nullipare on n'en pourra pas certifier un avortement, surtout si l'examen n'a lieu que longtemps après le moment supposé de l'avortement. On n'est pas, en effet, sans ignorer que le passage au travers du col d'un œuf de dimensions réduites pourra se faire sans laisser de traces bien sensibles et bien démonstratives, à l'égal de ce qui se produit pour un accouchement à terme ou presque.

Au cas où il s'agirait d'un examen portant sur une femme qui a avoué un avortement alors qu'elle est encore enceinte, le médecin légiste n'aura aucune peine à réduire à néant la supercherie par la constatation des signes de la grossesse, les commémoratifs et l'interrogatoire. D'ailleurs, comme nous l'avons déjà vu un peu plus loin, l'analyse du sang pourra aussi être d'un précieux secours dans ce cas comme dans le précédent.

Un autre cas que l'expert pourrait avoir à résoudre est celui où la femme voudrait faire croire à ses règles : mais dans ce cas, si les hémorragies utérines des règles peuvent ouvrir le col, il n'existera aucun développement de l'utérus. D'ailleurs la constatation des autres signes de la grossesse tranchera la difficulté. De même par l'analyse du sang ainsi que par le diagnostic différentiel du sang menstruel — comme nous l'avons déjà vu — l'expert pourra facilement établir son diagnostic. Et, à ce sujet, rappelons la distinction que Mme La Chapelle établissait entre la mestruation et l'avortement : « si, disait-elle, les coliques précèdent l'expulsion du sang et cessent à mesure qu'il s'écoule, on a affaire aux règles, si c'est l'inverse à l'avortement ».

Dans un tel cas la femme pourra même être de bonne foi en affirmant qu'elle ne croyait qu'à un retard de ses règles et qu'elle n'a agi que dans le but de les faire revenir ; d'autant plus qu'il s'agira d'un œuf de quelques semaines ou que l'avortement se sera produit au moment des règles ou au moment où elles devraient réapparaître, ce qui faisait même dire à Baudelocque frappé des points de ressemblance entre ces deux phénomènes que les règles étaient « un petit avortement ».

Rappelons également parmi les nombreux cas de supercherie que l'expert peut avoir à solutionner, celui où on lui présenterait comme sang menstruel du sang de toute autre origine. Et à ce sujet, la littérature médico-légale ne nous rapporte-t-elle pas le cas d'une femme qui étant parvenue à celer sa grossesse simulait ses règles avec du sang d'oiseau. Le microscope aurait vite fait alors de réduire à néant une telle allégation ainsi que le lavage du vagin et le toucher.

Souvent aussi, si l'avortement s'est fait dans les premier mois, il peut arriver que l'expert ait à constater des hémorragies abondantes et répétées dues à ce que l'avortement est toujours pratiqué brusquement. Il devra alors s'enquérir soigneusement des causes de ces hémorragies. Pour Pozzi en effet « la consommation d'une fausse couche en une seule hémorragie est une considération qui plaide pour l'élimination d'un enfant mort naturellement petit à petit, alors que l'expulsion avec des hémorragies répétées est due à des manœuvres ayant entraîné la mort violente de l'œuf ».

Si l'examen de l'expert porte sur la femme ayant avorté à une époque déjà avancée de la grossesse, le toucher combiné à la palpation lui feront rencontrer au niveau de l'utérus des signes d'autant plus caractéristiques que la grossesse sera plus avancée. L'utérus en effet sera toujours gros et sa rétraction non encore achevée car, dans l'avortement criminel, il est toujours plus long à reprendre son volume normal à cause du manque de précautions nécessaires et aussi à cause

des troubles apportés à la lactation ; ce qui pourra lui donner ainsi une idée approximative de la date de l'expulsion. En outre, l'orifice externe du col sera entr'ouvert et béant : il présentera des traces de récentes déchirures : souvent il dépistera au niveau de la vulve, du côté de la fourchette ainsi qu'au périnée, une ou plusieurs déchirures en voie de cicatrisation et dues au passage de la tête du fœtus : quant à l'orifice interne du col il pourra être ouvert ou fermé.

Si la femme examinée par l'expert est encore alitée et malade des suites d'un avortement récent, le médecin légiste devra, outre les constatations matérielles et locales relevées sur les organes génitaux, prendre note de tous les symptômes qui se présenteront à son examen : tels que ceux d'une métrite hémorragique ou infectieuse, due à des rétentions placentaires ou de membranes, d'une salpingite purulente, d'un pyosalpinx, d'un phlegmon pelvien, d'une péritonite localisée ou généralisée et, dans ce dernier cas le plus rapidement mortelle, d'une métro ou pelvi-péritonite, d'une septicémie, etc., accidents dus le plus souvent à l'emploi d'instruments malpropres, qui surviennent dans les premiers jours qui suivent l'avortement et en dehors aussi de toute rétention de placenta ou de membranes.

D'ailleurs les accidents de septicémie, de métopéritonite, etc. que l'expert peut être amené à constater, peuvent avoir une étiologie toute autre que celle due à l'emploi d'instruments sales ou à des rétentions placentaires, ou membraneuses, rétentions causées la plupart du temps par l'emploi de l'ergot ou de ses dérivés (ergotine, ergotinine), avant que l'utérus soit entièrement vide. Ils peuvent, en effet, être dus à l'apport de germes septiques par l'air qui a pu pénétrer dans l'œuf ouvert par ponction. Néanmoins, à la suite des progrès de l'asepsie et de l'antisepsie et des précautions prises par les professionnels de l'avortement, ces accidents se font de plus en plus rares.

Disons enfin, avant de terminer notre chapitre,

qu'en présence d'une femme récemment avortée et encore alitée, l'expert devra procéder à un véritable examen clinique. Son état général, la nature des se réponses, son état psychique lui donneront comme une toute première idée de la localisation des lésions qu'il aura à constater ainsi que de leur gravité.

Ainsi, du côté des téguments externes, l'expert verra s'il n'y a pas de traces de contusions abdominales, de marques de ventouses, de sinapismes qui auraient été appliqués aux parties supéro-internes des cuisses, aux jambes : il verra aussi s'il n'y a pas eu application de topiques sur la paroi abdominale, telles les feuilles de rue, qui, d'après Hélie, donnent lieu à un érythème caractéristique ; de même son examen de l'abdomen lui révélera s'il y a eu ou non constriction, par la présence d'ecchymoses, de croûtes, ou par la forme caractéristique que parfois il affectera ; et, d'après son examen ultérieur, il conclura si cette constriction était un moyen pour provoquer l'avortement, ou simplement pour cacher la grossesse. Quant aux vergetures abdominales, il ne les constatera que dans le cas d'une grossesse avancée. Poursuivant son examen, l'expert devra aussi examiner l'appareil digestif, car bien rares sont les femmes qui, avant de recourir aux manœuvres directes, n'absorbent pas des drogues dont les propriétés sont naturellement plus toxiques qu'abortives et dont la réputation est tout à fait surfaite. On trouvera dans tous les traités de toxicologie l'étude complète de ces diverses substances, les symptômes qu'ils provoquent et les procédés absolument techniques de leur recherche. L'examen de la muqueuse buccale pourra révéler des marques de brûlures, d'érosions, d'ulcérations diverses, dues à l'effet corrosif de la substance employée. Ainsi pour la rue on a signalé comme symptôme caractéristique la tuméfaction de la langue et la salivation. Passant à l'examen de la région épigastrique, on verra si cette région est douloureuse à la palpation : l'on

constatera en même temps s'il y a des nausées, de la salivation, des vomissements, de la diarrhée parfois sanguinolente, de la dysurie, de l'hématurie, des hémorragies, des convulsions, de la prostration, du coma, du collapsus, du trismus, de l'accélération et de la petitesse du pouls, du narcotisme, ce qui serait l'indice d'un empoisonnement, surtout si jusque-là la femme était absolument saine. Si on peut recueillir les matières vomies, l'analyse et la distillation permettront de reconnaître la substance ingérée et, s'il s'agit par ex. de sabine, de rue, d'ergot, de seigle, etc.

Le microscope compléterait cette recherche et y montrerait des parcelles caractéristiques de telle ou telle plante.

De même l'odeur et la couleur mettront l'expert sur la voie de son examen analytique et microscopique.

Ainsi, par ex., la rue, la sabine ont une couleur verdâtre et une odeur particulière. Taylor dit que l'odeur du seigle ergoté rappelle celle du poisson pourri.

D'autre part, dans l'empoisonnement par la rue, Hélie a signalé au 10^e jour une réaction typhique que l'expert devra, bien entendu, ne pas confondre avec la fièvre typhoïde, dont les symptômes sont plus nets et plus caractéristiques. On constatera en outre une tuméfaction énorme de la langue avec salivation abondante, une dépression cardiaque très prononcée, du myosis, un grand ralentissement du pouls avec une atteinte profonde des centres nerveux ainsi qu'un mélange de narcotisme et d'excitation, de la stupeur, de la somnolence : on notera également du tremblement des membres, de l'algidité, des étourdissements, un état d'ivresse, des coliques sans diarrhée, de la parésie du sphincter vésical et, ainsi, de l'émission involontaire des urines, des hémorragies diverses (hématurie, métrorragie, etc.), de la phlegmasie de l'estomac et du duodénum : parfois, on a aussi signalé des convulsions localisées à la tête et aux bras, des vertiges.

Pour l'ergot, on constatera le ralentissement du poulx avec intermittences, des épistaxis, des vomissements, de la diarrhée, de la céphalalgie, du délire, de la stupeur, de la dilatation pupillaire, un état d'ivresse.

Dans l'empoisonnement par la sabine on a noté le trismus et le coma alternant avec des convulsions.

A défaut de matières vomies, l'analyse des matières fécales et leur étude au microscope pourront parfois aboutir aux mêmes résultats.

Enfin, — cas rares, il est vrai —, l'expert, à côté de tels empoisonnements aigus, aura à chercher si l'avortement n'est pas spontané et dû à un empoisonnement lent par des substances telles que le tabac, les sels de plomb, par exemple, dont on peut trouver des traces, même dans le liquide amniotique. Le diagnostic différentiel sera fait alors, par les commémoratifs, par l'interrogatoire, par la lecture du dossier et par la connaissance de la profession de la femme. Toutefois, l'on peut dire, qu'à part de rares exceptions, toutes ces substances n'ont en général rien de spécifiquement abortif et qu'elles n'aboutissent que rarement au résultat cherché par la femme.

Mais en revanche, ce sont des produits toxiques dont les symptômes d'empoisonnement et les accidents sont pour la plupart identiques et constants. Seule, la rue pourrait peut être souffrir une exception, mais son pouvoir abortif s'accompagne toujours de mort. Quant au seigle ergoté, il n'agit d'après Danyau, au début de la grossesse, que s'il a été précédé de manœuvres directes et il en est de même de ses dérivés, seuls en usage aujourd'hui, l'ergotine et l'ergotinine. Ce n'est donc que comme auxiliaire que l'ergot et ses dérivés peuvent aboutir à l'expulsion du produit de la conception, mais, dans ce cas-là, s'ils sont administrés avant que l'utérus soit complètement débarrassé de tout son contenu, il en résultera une complication des plus redoutables, soit la rétention placentaire et membraneuse qui entraînera avec elle des hémor-

ragies persistantes et une septicémie dont le pronostic sera toujours des plus sérieux. Quant à l'If et à la sabine, ce sont des substances tout aussi dangereuses et qui ne provoquent de même l'avortement qu'au prix des plus graves désordres d'empoisonnement dont souvent la mort est la rançon.

L'examen de l'appareil circulatoire sera aussi très important, car il permettra de constater s'il y a eu de graves hémorragies comme dans les manœuvres abortives. En outre, la dépression cardiaque, l'hypothermie, la lenteur et la petitesse du pouls dénoteront un état grave (suite de fortes hémorragies après des manœuvres directes, de péritonite aiguë, de septicémie ou d'empoisonnement par la rue, la sabine, l'if, ou par des poisons métalliques divers, etc.).

Du côté de l'appareil urinaire il pourra y avoir de l'anurie, de l'hématurie ; l'analyse de l'urine ainsi que les autres symptômes montreront alors si ces accidents sont dus à un toxique.

Ainsi donc, au cas où la femme aurait absorbé des substances abortives, l'expert pourra reconnaître par les symptômes d'empoisonnement qu'il constatera, quelle est cette substance.

Comme on le voit, par les diverses investigations que nous venons d'énumérer, l'expert pourra toujours, dans la majorité des cas, affirmer l'existence d'un avortement récent et poser les jalons de son diagnostic, compte tenu de l'époque où il fait son examen, le passage des organes à l'état normal étant évalué à environ 6 semaines, sauf si l'avortement se fait au début de la grossesse où cette évolution est plus courte : mais elle est plus longue en cas de certaines affections qui retardent l'involution utérine et prolongent l'état pathologique, comme par exemple une péritonite, une métro- ou pelvi-péritonite, un phlegmon péri-utérin, un pyo-salpinx, etc. Nous dirons plus loin et après l'étude de l'avortement ancien, de quelle façon l'expert devra s'y prendre pour achever d'établir

son diagnostic différentiel d'avortement criminel, aidé en cela par l'interrogatoire de la femme, des complices et de l'entourage, et aussi par la lecture du dossier.

Diagnostic de l'avortement ancien. — Pour le cas où l'expert serait commis à pratiquer l'examen tardif de la femme inculpée d'avortement criminel, après un temps plus ou moins long, après plusieurs jours, même 2 ou 3 mois par ex., les difficultés qu'il aura rencontrées précédemment pour un examen qui a eu lieu sitôt après l'avortement ou quelques jours à peine, n'auront pas été relativement bien grandes, en comparaison de celles qu'il aura à surmonter dans un tel cas.

En effet — et nous l'avons déjà dit dans l'étude de l'avortement récent — le retour des organes à l'état normal se fait en général dans environ 6 semaines : si l'avortement est des premières semaines de la grossesse, ce temps est encore écourté. Cette période d'évolution ne se trouvera quelque peu allongée qu'en cas d'affections diverses qui prolongent l'état pathologique et retardent ainsi la rétraction utérine (métrite, métroréelvi-péritonite, pyosalpinx, phlegmon péri-utérin.

Or, d'ordinaire, ce sera presque toujours à un examen tardif que l'expert aura à procéder : sa commission ne lui parviendra d'habitude que longtemps après la tentative criminelle, 3 semaines au moins. Cela s'explique aisément par la genèse des poursuites d'un avortement ancien. C'est en effet tout d'abord le Commissaire de police qui sera prévenu le premier par une lettre anonyme en cas de découverte d'un fœtus, lettre anonyme, qui d'après les commérages attribuera ce fœtus à telle ou telle femme nommément désignée qui pourrait s'être fait avorter. Le Parquet sera à son tour en possession de la dénonciation anonyme ; puis, un juge d'instruction sera désigné pour instruire l'affaire et finalement un expert sera commis pour examiner l'inculpée. Mais, pour en arriver à ce déclanchement de cette visite médico-légale il aura fallu à cette lettre anonyme un laps de temps d'environ

20 jours. Ce long parcours de tous les divers échelons de la filière sera bien entendu trop long du seul point de vue médico-légal : mais il n'en est pas de même pour la justice qui ne saurait en effet dans un tel cas mettre trop hâtivement en branle tout l'appareil judiciaire sur de simples dénonciations qui ne seraient basées peut-être que sur des présomptions.

Comme exemple du résultat d'une telle hâte nous avons déjà rapporté le fait de cette jeune fille qui, accusée d'avortement, fut arrêtée à la sortie de l'église où elle venait de se marier et qui, examinée par Brouardel, fut reconnue vierge. D'autre part, dans son étude sur « l'Avortement », ce même auteur nous rapporte aussi que dans 5 cas qu'il eut à examiner, il ne put que constater que les inculpées étaient vierges et cela malgré une instruction non hâtive comme la précédente mais tout à fait sérieuse.

On voit par là combien dans ces affaires d'avortement, la justice doit se montrer circonspecte et que ce n'est pas trop que de lui laisser une vingtaine de jours pour conclure soit à un non-lieu soit à une information. Certainement un si long délai n'est guère fait pour faciliter l'expertise médico-légale qui, au contraire, se trouvera hérissée de difficultés presque insurmontables. Toutefois de la faiblesse de traces criminelles ou même de leur absence, il n'en faudrait pas déduire à l'impossibilité ni à la matérialité du fait.

Comme dans l'avortement récent, dans cet examen tardif, le médecin légiste pourra avoir affaire à différents cas. Ainsi la femme sera : 1^o) ou déjà remise de son avortement, ou 2^o) elle sera encore malade des suites d'un avortement déjà éloigné. De la simple énumération de ces 2 cas on pourra de suite déduire que le premier cas surtout sera toujours plus délicat à élucider que le deuxième. On comprendra facilement en effet que dans ces cas, surtout si l'avortement a eu lieu au début de la gestation, toutes traces et preuves de lésions quelconques auront eu le temps de disparaître, et

ainsi, il ne faudra nullement être surpris, si après une si longue période, l'expert ne trouve aucune trace visible ni d'une grossesse si courte, ni de l'expulsion d'un produit quelconque de la gestation. En effet, l'examen des organes génitaux ne lui révélera aucun indice au toucher : même l'examen au spéculum sera infructueux car l'expulsion d'un œuf du début de la gestation — nous l'avons déjà dit — se sera fait habituellement sans déchirure aucune et ainsi aucune cicatrice n'existera. S'il s'agit d'une multipare, le diagnostic d'avortement criminel sera presque impossible par le simple examen des organes génitaux, car toute cicatrice relevée pourra être vraisemblablement attribuée par l'inculpée à des accouchements antérieurs. D'autre part l'expulsion d'un produit quelconque d'une fausse grossesse pourrait aussi laisser des traces qui peuvent induire en erreur.

Comme on le voit, l'examen des organes génitaux ne pourra guère beaucoup aider à élucider le diagnostic de l'expert car la cicatrisation des plaies des muqueuses, y compris, celles du vagin et de l'utérus, est extrêmement rapide ; ainsi on ne pourra que rarement et très difficilement découvrir les éraillures ou piquûres du col, des culs-de-sac vaginaux, qui généralement ne provoquent que des blessures tout à fait superficielles.

D'où, pour l'expert, la nécessité indéniable d'une extrême prudence dans les conclusions de son rapport, car au bout de plusieurs semaines il y a de très grandes probabilités pour que l'on ne découvre aucune trace de blessure, même s'il y en avait une.

Pour le cas où le médecin légiste aurait à faire son examen sur une femme primipare dont la grossesse était avancée ou approchait du terme, au 6^e mois par ex., le signe le plus important lui sera fourni par l'état du col qui, conique chez la nullipare avec un petit orifice circulaire de 2 à 3 cm. ou une fente d'une longueur de 5 à 6 mm., se présente au contraire chez la primipare et la multipare avec un orifice en

fente de $1/2$ à 1 cm. de longueur en général. Mais la vraie caractéristique sera la présence de cicatrices au niveau des commissures des lèvres du col dues aux déchirures produites par le passage de l'enfant ou du fœtus. Ce sera là un signe très important chez la primipare pour diagnostiquer un avortement de 6 mois par ex. ; mais il sera moins net et à peine perceptible chez la femme ayant fait un accouchement à terme et fera défaut après 5 ou 6 accouchements n'ayant plus aucune valeur pour l'expertise médico-légale.

Toutefois, quoique l'examen des organes génitaux puisse aboutir à la constatation d'une ou plusieurs cicatrices du col, il ne s'en suivrait pas nécessairement qu'elles soient le fait d'un traumatisme plutôt que d'une fausse couche naturelle ou même d'un avortement thérapeutique et tout ce qu'on pourra en déduire de ce seul examen sera la présence de signes analogues à ceux d'un accouchement d'autant plus qu'on pourra encore constater d'autres signes pareils tels que : turgescence des seins, ramollissement du col, pigmentation de la ligne blanche de l'abdomen, des mamelons, éraillures de la peau de l'abdomen marquées par des cicatrices blanches suppression des règles (sauf si l'examen dépasse un mois), etc.

Pour le cas où la femme serait encore malade des suites d'un avortement ancien, l'expert, en plus des mêmes constatations que dans le cas précédent, aurait à rechercher si les affections pathologiques dont la malade est affectée ne sont pas la suite d'un avortement ancien. Il devra, pour cela, se rappeler qu'en raison des conditions toutes particulières où l'avortement s'est produit (traumatisme des organes génitaux, imprudence et défaut de soins, etc.), les femmes sont souvent exposées à toutes sortes d'infections et de maladies qui peuvent atteindre l'utérus et ses annexes ainsi que les organes voisins, surtout les ovaires, les trompes, les ligaments larges, le péritoine, le tissu cellulaire : aussi l'abou-

tissement en sera une leucorrhée, une métrite chronique, une irrégularité de la menstruation, un pyo-salpinx, une salpingite, une induration du col, une annexite, une métro- ou pelvi-péritonite, un phlegmon des ligaments larges pouvant s'ouvrir soit dans le vagin, dans le rectum, dans la vessie, soit au niveau de la fosse iliaque, etc. Or, la plupart du temps ces affections relèvent d'un ancien avortement criminel. Vibert nous rapporte que, dans l'affaire Thomas, sur 72 femmes que cette fille avait opérées, 24, c'est-à-dire un tiers, étaient atteintes de métrite, ce qui prouve que la cause était à rapporter à des manœuvres abortives, car une si forte proportion n'aurait pu être expliquée autrement. D'autre part Leblond pense également que, quand on observe des métrites à répétition qui se guérissent facilement, il faut toujours songer aux manœuvres abortives entraînant une lacune dans l'involution utérine. Il nous cite à l'appui l'exemple d'une femme qu'il soigna 3 fois pour métrite compliquée d'ulcérations, et qui n'avoua que la 3^e fois qu'elle se servait d'un porte-plume pour se faire avorter. Toutes ces affections pathologiques peuvent avoir néanmoins d'autres origines et l'expert, s'il a pu rencontrer souvent dans sa pratique des cas pareils, ne doit pas se laisser impressionner par les faits même les plus émouvants, pour généraliser et en déduire que toutes les femmes qui ont subi les mêmes manœuvres se trouvent dans le même cas. C'est là une erreur à éviter. C'est pourquoi il lui faut au premier chef chercher à connaître le début des diverses affections qu'il constate, pour savoir dans quelle catégorie il doit les cataloguer et à quelle étiologie il doit les rapporter. C'est là un fait très important à élucider pour aboutir à une bonne expertise et pour ainsi éclairer la marche de l'instruction. Car si le diagnostic de l'avortement ancien est en effet hérissé de toutes sortes de difficultés, il n'est pas, tout de même, impossible, comme le prouvent 2 observations d'avortement criminel,

dont une démontrée au bout de 12 jours par le diagnostic rétrospectif de la grossesse et publiée par Fochier et H. Contagne dans les Archives d'anthropologie criminelle en 1887, et l'autre diagnostiquée après 18 jours, dans un cas de Polaillon, par les signes rétrospectifs de l'accouchement et relatée à la Société de Médecine légale en 1877. Ainsi nous pouvons dire, en résumé, qu'il existe des signes certains de l'avortement criminel ancien, et que ces signes réunis et bien constatés ont une valeur intrinsèque indéniable.

Avant de clore ce chapitre, mentionnons quelques-uns des cas possibles que l'expert pourrait avoir à élucider. Ainsi par ex., la femme examinée pourrait affirmer être encore enceinte et n'avoir pas avorté. La fausseté de l'allégation apparaîtra alors bien vite à l'expert en diagnostiquant la grossesse, — si réellement elle existe —, et par les signes de probabilité (suppression des règles, troubles dyspeptiques, nerveux, céphalée, constipation, rétention d'urine, ramollissement du col, augmentation de l'utérus de 4 cm. pour chaque mois en partant du pubis ; coloration brune des mamelons, de la ligne blanche abdominale, etc.) et par des signes de certitude (mouvements passifs et actifs du fœtus, bruits fœtaux du cœur).

L'absence de ces signes de la grossesse et la constatation au contraire de signes d'expulsion d'un produit de conception poseront le diagnostic. Un autre cas qui pourrait se présenter à l'examen de l'expert est celui où une femme qui, non gravide, mais se croyant enceinte, se serait soumise à des manœuvres abortives. Ici, l'interrogatoire, les commémoratifs, l'absence de tout signe de gestation et d'expulsion d'un produit de conception quelconque feront le diagnostic, aidés d'ailleurs par la constatation d'accidents graves, même mortels que le Dr Percheval dans le « Journal de médecine et de chirurgie pratique » du 10 novembre 1911, attribue à 3 sortes de causes :

1^o Absence de l'œuf, d'où facilité de lésions utérines par l'instrument traumatisant ;

2^o Répétition des tentatives, vu l'absence de résultats ;

3^o Réveil d'anciennes affections auxquelles le traumatisme aurait imprimé une marche suraiguë.

Enfin l'expert pourrait encore avoir résoudre le cas où une femme avoue de bonne foi s'être fait avorter alors que son expertise reconnaît qu'il n'en est rien. Vibert nous rapporte un fait de ce genre concernant 3 femmes qui avouaient s'être fait avorter par une autre femme, laquelle avouait également. Or cette dernière s'était bornée à faire des injections vaginales après le coït, qui disait-elle lui avaient réussi à elle-même. Mais cette femme était incapable de reconnaître le col de l'utérus ; et, des 3 femmes qu'elle croyait avoir fait avorter, 2 n'avaient qu'un retard de leurs règles de 12 jours, et la 3^e, enceinte de 3 mois, avait avorté mais, sans doute, à la suite de drogues dont elle s'était servie.

Comme on le voit, dans un cas pareil, l'expert arrivera à faire son diagnostic, comme le fit Vibert, ne faisant répéter la manœuvre par l'inculpée, et en s'aidant de la lecture du dossier ainsi que de l'interrogatoire dont on connaît la très grande importance dans les cas d'avortement quel qu'il soit.

Nous ne pouvons guère nous attarder sur la valeur que présente l'interrogatoire pour l'expertise médico-légale et nous nous résumerons en rapportant un cas relaté par Pozzi, où une femme enceinte de 2 mois avait affirmé qu'à la suite de l'introduction d'une sonde dans l'utérus, il s'en était écoulé un liquide rougeâtre et infect ; ce qui fit en effet constater à l'examen que le fœtus était putréfié au moment des manœuvres.

Diagnostic différentiel. — En même temps que l'expert poursuivra son examen et son interrogatoire, il lui faudra faire un diagnostic différentiel d'avec :

1^o la fausse couche naturelle ou spontanée ; 2^o l'avortement accidentel ; 3^o l'avortement thérapeutique et 4^o la môle.

1^o *Fausse couche naturelle ou spontanée.* Quand l'expert est commis pour examiner un avortement supposé criminel, il doit se demander, comme on tâchera de le lui faire croire, s'il n'a pas affaire à une fausse couche naturelle, d'où la nécessité pour lui d'avoir bien présentes à l'esprit les causes si nombreuses et si variées qui peuvent déterminer un avortement spontané. La fausse couche naturelle étant en effet assez fréquente, nous rappellerons ici quelques-unes de ses causes les plus déterminantes parmi celles que l'expert aura le plus souvent à apprécier, d'autant plus que dans les 2 sortes d'avortement, naturel et criminel, l'analogie est presque identique. Néanmoins, il sera difficile à un expert à l'œil exercé de se tromper sur leurs symptômes, car, par leur apparition, leur origine, leur groupement, leur évolution, leur ordre de succession, les nombreuses circonstances qui leur ont fait cortège, ils constitueront pour ainsi dire la signature de l'affection (avortement spontané ou avortement naturel), à laquelle il faudra les rattacher. Et, d'ailleurs, ne sait-on pas que la caractéristique primordiale de toute fausse couche naturelle est d'être toujours la suite logique d'un état pathologique pré-existant ou accidentel, soit de la mère, soit du fœtus, soit, moins rarement, du père : car cet état maladif antérieur est comme sa marque de fabrique qui la révélera et la distinguera de suite aux yeux du médecin légiste qui devra surtout s'évertuer à connaître celui de la mère et celui du fœtus ou de l'œuf. Pour la mère il lui sera en général facile de reconstituer son histoire pathologique ; mais pour le fœtus ou l'œuf, qui la plupart du temps aura disparu, sa tâche sera plus compliquée.

Néanmoins, l'expert pourra toujours, en s'aidant de l'interrogatoire et des commémoratifs, arriver à

établir son diagnostic, ce qui, bien entendu, lui sera grandement facilité si le produit de la conception n'a pas disparu, car alors son examen pourra y trouver des altérations plus ou moins caractéristiques.

Mais le caractère vraiment distinctif de la fausse couche, c'est qu'elle ne se produit pas soudainement, brusquement, à la façon d'un accident totalement imprévu. Elle est toujours précédée par tout un cortège de prodromes annonciateurs et qui la feront prévoir et redouter plus ou moins longtemps d'avance. Aussi, à la moindre alerte, la femme et son entourage tâcheront-ils de la prévenir par tous les moyens propices (repos, appel précoce du médecin de la famille, etc.) : si cependant, malgré tout, la fausse couche n'a pu être évitée, ni la femme, ni la famille, pas plus qu'ils n'avaient caché la grossesse, ne s'aviseront de faire disparaître les produits expulsés, liquides ou solides, qu'ils soumettront au contraire avec empressement à l'examen de leur médecin pour sa gouverne, en vue d'un diagnostic exact et d'un traitement adéquat. Ce tableau résumé de la fausse couche naturelle, sera-t-il aussi celui de l'avortement criminel? Nullement : dans ce cas en effet on notera une absence totale de tous symptômes précurseurs et de toute précaution élémentaire. C'est en effet, en parfaite santé, que cet avortement se produira ; brusquement, soudainement, et alors que la grossesse de la femme était ignorée de tous. D'autre part, au lieu de s'aliter, de tâcher de prévenir son avortement, de mander de suite son médecin, dès les premières douleurs, les premières symptômes, les premières hémorragies, la femme ne fera rien pour se soigner, elle continuera à vaquer à ses occupations, à son travail comme à l'état normal : elle y mettra même plus d'entrain et d'activité qu'à l'ordinaire.

Elle entreprendra de longues et pénibles marches qu'elle n'avait jamais faites auparavant. En outre, quoique épuisée, et endurant de fortes douleurs, elle

ne s'alitera et ne fera appeler un médecin que lorsqu'elle aura expulsé un caillot un peu consistant qu'elle saura être le produit de la conception et qu'elle fera bien vite disparaître. D'autre part, si le médecin, se rendant compte qu'il a affaire, non à une simple hémorragie, comme elle tachera de le faire croire, mais à un véritable avortement, essaie de la questionner sur les menstruations antérieures, sur la nature des caillots expulsés, il n'obtiendra la plupart du temps que des réponses évasives avec de nombreuses réticences, et sans nulle précision ; son diagnostic sera contesté et nié par toutes espèces d'explications, de faux-fuyants, et ce sera avec beaucoup de difficultés et beaucoup de peine qu'il pourra obtenir aux fins d'examen à ce qu'on lui confie les caillots sanguins expulsés. On voit par là combien grande est la différence entre un tel avortement clandestin, suite d'une grossesse cachée, et la fausse couche naturelle, dont il importe pour le médecin légiste de bien connaître les causes pour pouvoir faire le diagnostic différentiel, causes qui nous l'avons déjà dit plus haut peuvent se ranger en 3 grandes classes.

1^o Influences paternelles. — 2^o Influences maternelles. — 3^o Influences dues au produit de la conception.

1^o *Causes de la fausse couche naturelle dépendant du père.* — Les causes de la fausse couche naturelle provenant de ce côté-là, quoique certaines, sont moins fréquentes que celles provenant du côté de la mère. Parmi ces causes, celle que l'on doit toujours suspecter, c'est la syphilis dont voici schématisée la façon de se comporter envers la grossesse. En général ce seront des fausses-couches dont l'époque reculera à chaque grossesse ; et, après plusieurs avortements embryonnaires d'abord, foetaux ensuite, la grossesse pourra enfin être menée à terme : de nombreux enfants pourront alors venir au monde vivants ; ce seront,

bien entendu des hérédo-syphilitiques qui n'auront que peu d'espoir de vivre.

A la syphilis, on peut, d'après Brouardel, adjoindre aux causes pathologiques paternelles, l'albuminurie, le diabète, l'alcoolisme, le saturnisme, etc.

2° *Causes d'avortement naturel relevant de la mère.*

— En général toutes les maladies infectieuses de la mère peuvent amener une fausse couche. Ainsi, la variole même bénigne et la varioloïde dont les Arabes se servent, paraît-il, pour provoquer l'avortement par inoculation et dont Brouardel nous cite de nombreux cas ; la fièvre typhoïde (même dans les cas bénins) ; la rougeole ; la scarlatine, bien que rare dans la grossesse ; le choléra ; la pneumonie et surtout la syphilis qui, — soit-elle d'origine paternelle ou maternelle —, est cause du plus grand nombre d'avortements ; d'où la nécessité de traiter l'hérédo-syphilis in utero.

Si l'expert peut procéder à l'examen du placenta ou de fragments placentaires, il lui sera de la plus grande utilité, car il en constatera l'hypertrophie, due à l'accroissement des villosités, et résultant de l'endartérite et de l'endophlébite : d'autre part il se rappellera de la loi du professeur Pinard qui souffre cependant bien des exceptions et qui établit que tout placenta dont le poids dépasse le sixième du poids du corps est un placenta syphilitique.

Parmi les maladies chroniques de la femme qui peuvent amener une fausse couche, il faut citer : la tuberculose pulmonaire qui a toujours une influence fâcheuse sur l'évolution de la grossesse, quoiqu'elle puisse cependant être menée à terme ; la cachexie cancéreuse qui peut parfois, mais non fatalement, amener l'expulsion du produit de la conception, même s'il s'agit d'un cancer du col de l'utérus ; les diverses cardiopathies d'origine mitrale ou aortique ; l'albuminurie, surtout si elle s'accompagne d'éclampsie, de symptômes convulsifs ou comateux d'urémie, d'où

nécessité pour l'expert d'analyser les urines en cas d'éclampsie.

Mais, parfois cette analyse sera impossible, car l'albuminurie cesse souvent de suite après l'expulsion du fœtus. En cas de mort de la femme, cette analyse quoique positive, ne donnera aucun résultat, au point de vue médico-légal: Vibert et Ogier ont en effet démontré que dès le début de la décomposition du cadavre, il y a toujours de l'albumine dans le contenu de la vessie.

Mentionnons aussi l'ictère grave ainsi que l'ictère simple qui parfois ont causé l'avortement spontané.

Enfin, ajoutons à cette nomenclature l'anémie pernicieuse cause d'hémorragies et par suite d'avortement, ainsi que la misère physiologique, la sous-alimentation, l'insalubrité, le manque d'hygiène, toutes causes d'affaiblissement et qui, par suite, peuvent disposer aux avortements.

D'autre part, le médecin légiste doit pouvoir aussi diagnostiquer en présence d'un avortement, s'il n'est pas dû à un empoisonnement accidentel ou voulu par la femme, ou s'il n'est pas la conséquence d'un empoisonnement chronique professionnel dû au métier de la femme. D'où l'utilité pour lui de connaître quels sont ces poisons qui peuvent parfois provoquer l'avortement spontané.

Ainsi on peut citer le phosphore, surtout le phosphore blanc dont se servent beaucoup les femmes en Bohême et en Suède pour se faire avorter en l'employant sous forme d'allumettes. A cette question se rattache celle des allumettes chimiques: mais cette question a perdu beaucoup de son importance depuis la substitution, dans les fabriques d'allumettes, du trisulfure de phosphore au phosphore lui-même, le trisulfure étant peu toxique. Mentionnons de même l'antimoine, l'émétique, le permanganate de potasse, le sulfure de carbone employé dans l'industrie du caoutchouc, le plomb et l'intoxication saturnine. Brouardel

cite enfin, en faisant des réserves, le mercure et l'hydrargirisme chronique : nous sommes de son avis depuis les résultats favorables fournis par l'usage prolongé du traitement mercuriel chez les femmes syphilitiques, car — rendant à César ce qui est à César — il faut plutôt rapporter à la syphilis ce qu'on a voulu attribuer au mercure. Mentionnons également l'alcoolisme, qui, s'il ne provoque pas l'avortement, peut dans certaines circonstances le favoriser ; le camphre dont, d'après Taylor, on se sert fréquemment aux Indes pour provoquer l'avortement et dont Brouardel cite un cas rapporté par Fenerly ; les cantharides qui, d'après Hofmann, ont pu rarement provoquer un avortement accompagné de mort de la femme ; la pilocarpine, qui ne jouit cependant d'une action élective sur les fibres de l'utérus que si la grossesse est avancée.

Outre ces diverses causes possibles d'avortement spontané par intoxication, la fausse couche naturelle peut souvent être rapportée à des états pathologiques de nature génito-utérine. Ainsi par exemple, les vomissements incoercibles, la rétroversion irréductible de l'utérus, les métrites chroniques, le prolapsus utérin qui nécessite souvent une intervention à cause des accidents possibles d'enclavement ; les polypes, les fibrômes, les tumeurs de l'utérus et de l'abdomen, les kystes des ovaires, les néoplasies, les adhérences utéro-péritonéales, suites d'anciennes péritonites, qui immobilisent l'utérus ; les malformations utérines, telles que l'utérus unicorne, l'utérus double, à cornes rudimentaires, peuvent amener la fausse couche ; de même, le cathétérisme de l'utérus, les cautérisations du col : ajoutons la fausse couche due à une grossesse gemellaire ; l'avortement à répétition qui pourrait être causé par le *bac-térium coli*, comme pour ce qui se passe dans les avortements épizootiques des animaux domestiques (vaches, truies, brebis, juments), ainsi que l'avortement dépendant d'un utérus irritable, et qui peut se produire à la suite de coïts répétés et fréquents ou même de

simples touchers comme le cas s'est parfois produit. Brouardel nous rapporte à ce sujet que Tarnier lui-même à la suite de simples touchers provoqua involontairement deux fausses couches : dans de tels cas, bien entendu, la responsabilité du médecin ne saurait être engagée en quoi que ce soit.

Nous terminerons cette fastidieuse nomenclature des causes possibles d'avortement naturel dépendant de la mère, en y adjoignant les émotions morales qui, agissant à la façon d'ébranlements physiques, et, quoique variables en intensité selon les individus, peuvent causer une fausse couche. A ce propos Baudelocque nous raconte que lors de l'explosion d'une poudrière à Grenelle, il fut appelé pendant la première semaine après l'accident, à donner ses soins à 62 femmes en imminence d'avortement.

3° *Causes d'avortement naturel, dépendant du fœtus lui-même et des annexes.* Citons du côté fœtal la mort in-utero du produit de la conception, les malformations diverses, les monstruosité (anénocéphales), l'hydrocéphalie, etc. ; du côté des annexes le placenta prævia surtout, l'hydramnios, la môle hydatiforme, les lésions de la caduque, l'endométrite, les altérations pathologiques du placenta (infractus, dégénérescence), etc., etc.

Par la connaissance et l'étude de toutes ces diverses causes multiples d'avortement naturel ou spontané, par la lecture du dossier, par les commémoratifs, par l'interrogatoire, par son examen enfin, le médecin légiste aura suffisamment d'éléments en mains pour établir son diagnostic.

Avortement accidentel. — Une fois éliminée la fausse couche naturelle ou spontanée, l'expert devra songer aussi à l'avortement accidentel toujours possible et dont il lui faudra faire le diagnostic différentiel. On sait en effet que tout traumatisme, quelle qu'en soit la violence et affectant directement ou indirectement

l'utérus, peut amener l'avortement, car ce qui est ici en cause, ce n'est pas tant la gravité du choc que l'irritabilité utérine particulière à chaque femme et l'ébranlement imprimé au globe utérin.

C'est ainsi que la grossesse a pu souvent continuer son évolution après des traumatismes considérables, même après des fractures, ainsi qu'après des chutes d'un endroit très élevé, à la suite de coups de fourche, de corne, de coups de couteau, à la suite de plaies pénétrantes de l'abdomen, d'opérations chirurgicales sur le col néoplasique, sur les ovaires (ovariotomie) etc. ; à la suite aussi de catastrophes de chemins de fer, de naufrages, d'accidents d'auto, de tremblements de terre, comme par exemple celui de Messine, où, sur 25 femmes enceintes, 2 seulement avortèrent.

Par contre de légers traumatismes, des interventions chirurgicales peu graves — même de simples touchers du col, nous venons de le voir — ont pu amener un avortement. « Il est des femmes, dit Mauriceau, qui avortent pour le moindre faux-pas qu'elles fassent ou seulement pour trop élever le bras » ? C'est ainsi que certaines femmes avorteront à la suite d'une course en voiture, en auto; à la suite de sauts, d'une partie de danse, d'une partie d'équitation, à la suite de vomissements, de la toux, d'efforts violents continuels et répétés : bien entendu l'avortement pourra aussi être la suite d'un choc violent ayant atteint l'utérus, d'un coup ordinaire, d'un coup de pied de cheval, etc. Dans tous ces cas là, l'avortement se produit par décollement des membranes avec hémorragies consécutives ; il survient alors généralement du 4^e au 15^e jour environ après l'accident : parfois cependant, l'expulsion n'a lieu que quelques mois après la mort du fœtus, qui dans ce cas là aura subi une des 2 modifications connues ; la macération ou la momification. On en trouve des exemples dans les auteurs. L'examen du fœtus, — si on peut le faire — montrera alors s'il en est ainsi.

Quoiqu'il en soit, si l'avortement est vraiment accidentel, la femme appellera de suite le médecin sitôt après l'accident, dès les premières hémorragies et les premières contractions expulsives et sans attendre la fin de l'avortement, cela dans l'espoir que le praticien pourra prévenir et arrêter la fausse couche commençante : si, néanmoins, ce dernier ne voyait la femme qu'à la fin de l'avortement, rien de ce qui a été expulsé ne lui sera caché.

Or dans l'avortement criminel volontaire et voulu, il en sera tout autrement.

C'est ainsi que, par son examen complété par la lecture du dossier, par l'interrogatoire de la femme et de l'entourage, par la constatation possible d'écchymoses, coups, contusions, plaies abdominales, traumatismes de l'utérus plus ou moins exposé selon le degré de développement de la grossesse, par la connaissance de l'action traumatisante, enfin, par tous ces faits, l'expert n'aura pas de peine à déceler la vérité et à établir son diagnostic différentiel.

Mais on voit par là, tout de même, combien le médecin légiste devra se montrer réservé dans les affaires d'expertises d'avortement, avant d'affirmer l'existence de manœuvres criminelles, si ces diverses constatations ne sont pas corroborées par des traces de lésions traumatiques sur les organes génitaux de la mère et sur le fœtus.

Avortement thérapeutique. — Quand un médecin indigne de la profession médicale sera inculpé d'avortement criminel, il pourra prétendre, pour se disculper de toute intention criminelle, qu'il n'a fait que pratiquer un avortement thérapeutique justifié par des considérations purement médicales, telles que, vomissements incoercibles, rétrécissement du bassin, placenta prævia, hydramnios, etc., d'où l'obligation pour l'expert de voir s'il dit vrai et pour cela d'établir un diagnostic différentiel.

Et d'abord qu'est-ce que l'avortement thérapeutique? C'est l'interruption de la grossesse artificiellement provoquée par l'homme de l'art avant l'époque de la viabilité, c'est-à-dire avant les 6 premiers mois, pour sauver d'une mort certaine la femme enceinte dont la vie est menacée par la continuation de la grossesse.

Cet avortement prend le nom d'accouchement prématuré artificiel, après le 6^e mois, soit vers la 40^e semaine, un peu plus tôt, un peu plus tard, c'est-à-dire quand l'expulsion prématurée du fœtus se fait après l'âge de viabilité. Cette opération dont l'utilité et la légitimité ne sauraient être contestées, a pour but, on le sait, de sauver à la fois et la mère et l'enfant, et elle a sa place toute désignée dans l'arsenal thérapeutique à côté du forceps et de la version.

Or, de même que l'accouchement artificiel l'avortement thérapeutique est parfaitement légitime et licite quand il est pratiqué dans les cas où il est prescrit par la Science médicale.

Aussi, malgré l'omission et le silence de la loi à son égard, c'est là un fait universellement admis à notre époque par tous les accoucheurs et par toutes les jurisprudences, et qui ne saurait en aucune façon constituer ni un crime, ni un délit : c'est pourquoi, quel que soit le résultat d'une telle intervention l'homme de l'art sera toujours à l'abri de tout reproche, si la nécessité de l'opération a été bien constatée et s'il a eu soin de se faire assister par 1 ou 2 confrères ou de prendre conseil d'eux en les appelant en consultation.

D'ailleurs la légitimité de l'avortement thérapeutique dérive du fait que, dans certaines circonstances, le médecin se trouve placé devant un choix douloureux mais inéluctable : la vie du fœtus ou celle de la mère. Ces circonstances, qui ont pu changer et varier au fur et à mesure des progrès de la science médicale, et qui tendent heureusement à diminuer, n'en sont pas

moins une possibilité qui peut se présenter. Or ici, comme dans l'accouchement prématuré artificiel, aucune hésitation possible n'est permise au médecin qui se trouvera placé devant ce dilemne — laisser fatalement mourir la mère et le produit de la conception, — ou sauver la femme enceinte en sacrifiant ce dernier. A ce propos — ouvrant ici une parenthèse — rappelons pour mémoire les discussions passionnées auxquelles donna lieu cette question pour aboutir en fin de compte à une simple solution naturelle et de bon sens ; car l'avortement thérapeutique n'a, en effet, droit de cité en France que depuis le vote de l'Académie de médecine du 30 mars 1852. Aujourd'hui, l'accord est unanime dans le monde médical, et, comme pour l'accouchement prématuré artificiel, depuis de très longues années les Maîtres de l'Obstétrique préconisent, sans hésitation aucune, l'avortement thérapeutique au cas où malheureusement la nécessité s'impose de sacrifier le fœtus à sa mère. Grâce aux progrès de la science, ces cas se raréfient heureusement de plus en plus.

D'ailleurs — nous le savons — normalement, la gravidité a généralement pour la femme la valeur d'une véritable opothérapie complète pour lui éviter et guérir un grand nombre d'affections utéro-génitales et le professeur Pinard a pu écrire à ce sujet : « Sur 100 femmes qui ont à l'heure actuelle le ventre ouvert parce qu'elles ont des fibromes, il y en a 95 à qui il a fallu l'ouvrir parce qu'elles n'avaient pas voulu avoir plus d'un ou 2 enfants. La femme ne trouve donc la plénitude de sa santé qu'à son 3^e enfant. » D'autre part, Paul Bar, dans ses « Leçons de pathologie obstétricale, 1907, page 842, Conclusions », dit que : « Chez la femme saine, placée dans des conditions de vie normale, recevant une ration suffisante, quand l'évolution du fœtus est saine, la gestation n'est pas une période de sacrifices. » Sans doute, en général en est-il ainsi, et, il est évident que l'évolution de la très grande majorité des grossesses se produit d'une façon normale

et sans accident aucun et quant aux cas dont l'issue peut donner lieu à des craintes, s'annoncer douteuse ou franchement mauvaise, ils sont rares ; leur pourcentage ayant été considérablement réduit grâce aux progrès constants de l'obstétrique.

Néanmoins, si cette proportion est infime, il n'en est pas moins vrai que cette période si importante dans la vie de la femme n'est ni sans dangers ni sans possibilité de complications, et qu'il est des cas — quoique proportionnellement peu nombreux il est vrai — où la gestation par elle-même est cause de troubles tels, chez la femme gravide, que si la grossesse n'est pas interrompue, cette femme sera fatalement vouée à une mort inéluctable, qui par voie de conséquence entraînera celle du fœtus qu'elle porte dans son sein. Dans de tels cas — et alors qu'il aura constaté l'impuissance de toute autre thérapeutique —, l'accoucheur se verra nécessairement obligé d'intervenir. Ce sera pour lui un devoir impératif et sa responsabilité est hors de cause. C'est cette intervention qui constitue l'avortement thérapeutique, intervention de plus en plus rare heureusement, comme nous le montre une statistique du professeur Pinard portant sur 10 ans et qui sur 22,708 accouchements comporte à peine 20 interruptions artificielles de la grossesse dont 15 avec succès.

Cet heureux résultat est dû tant aux progrès de l'obstétrique qu'à ceux de l'antisepsie et de l'asepsie, ce qui permet aujourd'hui, même en cas de bassin rétréci et par la césarienne, de sauver la femme et l'enfant, et ainsi de mener la grossesse à terme ou presque, malgré cet obstacle à l'accouchement.

Mais il n'en a pas toujours été ainsi ; et nous n'avons qu'à rappeler au sujet du bassin rétréci, par exemple, les violentes discussions qui eurent lieu à propos de l'emploi de l'avortement thérapeutique à ce cas ; la césarienne et la symphyséotomie pouvant être alors considérées comme toujours mortelles. Dans ce cas en

effet l'avortement thérapeutique était le seul moyen de sauver la vie de la femme et le médecin devait y avoir recours et n'avait pas le droit d'avoir aucune hésitation. Mais alors, Bégin aurait voulu que l'accoucheur fut obligé d'en faire la déclaration dans un délai déterminé sous peine d'être accusé d'avortement clandestin, donc criminel. De nos jours, au contraire, dit le professeur Pinard, « l'indication de cet acte opératoire ne se rencontre ni dans le cas de rétrécissement de la filière pelvi-génitale, ni dans les cas de maladies venant compliquer la grossesse. L'indication réelle n'existe que quand la cause des accidents qui menacent sûrement la vie de la femme est certainement la grossesse. » On peut ajouter enfin que l'avortement thérapeutique ne peut avoir son excuse que si la césarienne était contre-indiquée par l'état de la mère ou du fruit de la conception (mort du fœtus, par exemple). Comme on le voit, si les indications de l'avortement provoqué artificiellement ont pu varier et être réduites au minimum de nos jours, il n'en reste pas moins encore un procédé thérapeutique entre les mains du médecin qui, dans le cas d'avortement criminel où il se trouvera impliqué, tâchera d'en justifier l'emploi. D'où la nécessité pour le médecin légiste d'en connaître les indications.

Voici d'après le professeur Pinard la classification des états pathologiques pouvant justifier l'avortement thérapeutique.

A. — *Indications nécessitant, de l'avis presque unanime, l'interruption de la grossesse.*

a) *Maladies dues à la grossesse.*

1^o *Hémorragies utérines*, abondantes et persistantes avec tendance à la syncope, avec décoloration des muqueuses et accélération du pouls au-dessus de 100°.

2° *Hydramnios*, aiguë, fébrile, avec utérus contenant 5 à 6 litres de liquide, avec œdème accusé et généralisé, avec dyspnée, orthopnée, phénomènes asphyxiques, amaigrissement continu, diminution de la sécrétion urinaire.

3° *Grossesse molaire* (cas rare) ; car le plus souvent, la môle ne renfermant pas d'embryon est en réalité une vraie tumeur qui doit être extirpée.

4° *Vomissements incoercibles*. — P. Dubois a exposé magistralement les indications de l'interruption de la grossesse dans ce cas, et le professeur Pinard écrit à ce sujet : « Je me suis efforcé pour ma part depuis plus de 20 ans à la rendre à la fois plus rare et plus précise » ; et il ajoute : « Il ne faut jamais s'abstenir ; une seule chose peut empêcher la mort ; l'évacuation de l'utérus ». Annales de gynécologie 1909, page 461.

Mais à quel moment cette interruption de la grossesse, en cas de vomissements incoercibles, est-elle indiquée ? Rappelons ici les 3 périodes d'évolution de cet état pathologique : 1°) Les vomissements résistent à tout traitement et il se surajoute de l'amaigrissement (une malade de Tarnier avait perdu 25 kilos en 25 jours). 2°) A la 2^e période d'autres symptômes apparaissent : ainsi, l'accélération du pouls (120 ou 140) et l'anémie globulaire (diminution de moitié du chiffre normal) avec état général tendant à s'aggraver de plus en plus : cette 2^e période dure de 1 à 2 semaines. 3°) La 3^e période enfin dure moins d'une semaine et se termine par la mort qui arrive subitement et d'une façon insidieuse au milieu de phénomènes nerveux d'hallucination, de délire ou de coma.

Tant que durera leur vraie cause, c'est-à-dire la grossesse, les vrais vomissements incoercibles dus à l'intoxication gravidique, ne feront qu'empirer et aboutiront fatalement à la mort dans un délai maximum de moins de 3 mois. La première période est justiciable d'un traitement symptomatique, mais non

la seconde période pendant laquelle il ne faudra pas s'attarder à un tel traitement qui ne pourrait empêcher la 3^e période de survenir, car alors la malade serait fatalement condamnée.

C'est ainsi que le devoir primordial de l'accoucheur sera de ne plus attendre longtemps et d'interrompre la grossesse à cette seconde période, ce qui s'imposera dès que l'amaigrissement aura atteint 35 à 39 % et que la femme aura perdu les $\frac{2}{3}$ de son poids, enfin, dès que l'on remarquera de l'accélération constante du pouls (plus de 100 pulsations), ainsi que l'aggravation de l'état général. Dans un tel cas, la question ne se discute pas plus pour l'accouchement prématuré artificiel que pour l'avortement provoqué comme moyen thérapeutique. Mais, pour ne négliger aucune chance de salut et tout tenter en vue de la conservation du fœtus, le médecin devra essayer d'abord de la méthode Coopmann (Décollement du pôle inférieur de l'œuf par introduction du doigt au travers du col de l'utérus jusqu'à l'orifice interne; (décollement partiel et limité des membranes). Cette manœuvre pourra quelquefois suffire à juguler les vomissements incoercibles; sinon elle ne serait que le premier temps d'un avortement provoqué que l'accoucheur devra renouveler, répéter et même brusquer en cas d'urgence.

5^o *Maladies de l'appareil circulatoire.* — Généralement on ne constate pas d'hypertrophie cardiaque durant la grossesse et les cardiopathies survenant durant cette période mais non dues à l'état de gravidité, ne présentent rien de saillant. Toutefois la grossesse peut retentir plus ou moins fâcheusement sur celles pré-existant; et, alors l'aggravation des accidents gravido-cardiaques peut mettre la vie de la femme en danger. A un tel cas ne saurait suffire la fameuse formule de Peter: « Fille pas de mariage, femme pas de grossesse, mère pas d'allaitement »: toute de prophylaxie, cette formule est trop absolue et

repoussée par le professeur Pinard. Ici, sauf accidents menaçants, on doit avoir recours au traitement médical : quant à l'intervention, elle doit être subordonnée par le degré de la lésion, son siège, l'état du myocarde et principalement par la coexistence de complications. Ce ne sera donc que si toutes ces conditions sont remplies, et, alors que la vie de la mère sera très menacée, que l'accoucheur devra donner à la mère l'unique chance de salut qui lui reste, en provoquant le plus vite possible l'évacuation de l'utérus.

6° *Maladies de l'appareil urinaire.* — Chez la femme déjà atteinte de néphrite, la grossesse pourra parfois déterminer des accidents si menaçants et mettre tellement sa vie en danger que, pour éviter une issue fatale, le médecin sera forcément obligé d'avoir recours à l'avortement thérapeutique, afin de supprimer la vraie cause de cet état alarmant, c'est-à-dire la gestation.

A côté de ces indications nécessitant, de l'avis unanime, l'interruption de la grossesse, il en est d'autres, plus contestées, mais que le médecin légiste doit connaître. Ici, comme le danger est éloigné et incertain et quelque inévitable qu'il puisse être, l'avortement thérapeutique ne sera point provoqué : on attendra l'époque de la viabilité pour pratiquer l'accouchement prématuré artificiel, quand cette attente devient possible : mais devant la menace d'un danger imminent, l'avortement thérapeutique restera la règle comme dans les cas précédents.

Voici donc, d'après l'énumération qu'en donne le professeur Pinard, quels sont ces cas.

1° *Maladies de l'appareil respiratoire. — Tuberculose.* En général, la gestation entraîne « une influence désastreuse sur la tuberculose » : avant l'accouchement, elle peut aboutir à la mort ; et le danger ne disparaît pas avec la cessation de la grossesse : durant l'accouchement, elle peut donner lieu à des hémoptysies fou-

droyantes. Enfin la grossesse est menacée durant tout le parcours de son évolution, et, si elle est menée à terme, l'enfant est petit, chétif, débile : en outre, il sera exposé simultanément à deux sortes d'hérédité : l'hérédité du terrain, et l'hérédité d'infection. Si la femme est en puissance de tuberculose, elle se trouvera exposée à des accidents de plus en plus sérieux qui pourront se produire après la fécondation et durant la gestation. Aussi, quand il y aura eu des signes de tuberculisation, la formule de Peter conservera ici toute sa valeur au point de vue prophylactique. Chez la femme enceinte c'est au traitement habituel dans toute sa vigueur que l'on devra avoir recours, et l'interruption de la grossesse ne sera légitimée que devant l'inutilité de tout traitement et en présence soit d'une marche rapide de l'infection soit de symptômes alarmants, et surtout s'il survient des complications d'une poussée de granulie ou de tuberculose laryngée à marche rapide.

2° *Ictère grave*. — A cause de son pronostic fortement assombri qui aboutit presque fatalement à la mort, l'unique chance de salut pour la femme sera alors l'interruption de la grossesse.

3° *Eclampsie*. — Dans cette toxémie à syndrome caractérisé par des accès convulsifs, épileptiformes se produisant dans un ordre immuable et habituellement suivis de l'abolition plus ou moins totale et prolongée des facultés intellectuelles et sensorielles, la mortalité des femmes peut atteindre un pourcentage de 50 % et celle des fœtus de 75 %. Dans des cas pareils et une fois épuisés tous les traitements possibles, l'avortement thérapeutique sera la règle si l'on veut tenter de sauver la mère. Le professeur Bonnaire, qui en a tracé les règles d'application, a écrit à ce sujet : « Quand l'éclampsie éclate dès les premiers mois, qu'elle résiste à tout traitement médical, la vie de la mère est fortement menacée et celle de l'enfant n'est même plus

en cause ; il faut interrompre la gestation. A partir de 7 mois 1/2, l'enfant est pratiquement viable : il est dangereux pour lui de séjourner dans l'utérus maternel : aussi, à moins que les accès ne cèdent rapidement au traitement médical, est-il indiqué de provoquer le travail par des moyens plus ou moins rapides suivant l'urgence (ballon excitateur, si on a le temps ; dilatation bi-manuelle dans le cas contraire). »

4° *Névrites périphériques avec atrophie musculaire ; rétrodéviatio*n de l'utérus gravide, impossible à réduire (cas exceptionnel) ; *cas graves de chorée et de démence puerpérale* : dans ces cas il est quelquefois nécessaire d'interrompre la grossesse.

5° *Bassin ostéo-malacique*. — Affection très rare se développant du fait de la gravidité et d'origine ovarienne ; c'est une ostéoporose progressive débutant par les membres inférieurs et finissant par le crâne. Les os ramollis par décalcification deviennent malléables, se déforment et la femme est obligée de garder le lit. Si l'évolution ne se fait pas trop rapidement, on pourra laisser évoluer la grossesse vers son terme normal ; mais s'il en était autrement, l'interruption s'imposerait.

6° *Albuminurie et toutes sortes de toxémies gravidiques* : ajoutons aussi le *placenta prævia*.

Tels sont les nombreux cas où le médecin peut être appelé à pratiquer l'avortement thérapeutique et que l'expert aura à apprécier.

D'autre part, il se pourrait de même que certains traitements énergiques institués pour de graves maladies dont la femme enceinte serait atteinte, puissent avoir pour effet possible et probable l'interruption de la grossesse : cette possibilité même ne pourra toutefois être invoquée par l'expert comme une raison déterminante de l'avortement car alors il aurait fallu renoncer à la guérison de la malade ; d'autant plus

qu'il se pourrait aussi que l'avortement ait été plutôt causé par la maladie que par le traitement institué.

Quoiqu'il en soit, devant le danger qui menace la femme enceinte, le devoir du médecin est d'aller au plus pressé et de sauver la vie de la femme : dans de tels cas le médecin est à l'abri de toutes poursuites et de tous reproches : c'est toujours de cette façon d'ailleurs que cette question a été réglée par la jurisprudence. Sa responsabilité ne saurait être en jeu que si la médication abortive a été employée hors de propos et sans nécessité aucune : même dans un tel cas, s'il était prouvé qu'il n'avait pas l'intention formelle de provoquer l'avortement le médecin ne saurait être inquiété.. Il y aurait certainement, alors, une faute lourde incontestable qui pourrait donner lieu à une demande de réparation civile. Mais pour ce qui concerne l'avortement thérapeutique, dont la nécessité impérieuse est parfois indiscutable et dont nous avons indiqué les cas possibles, c'est là une opération pénible et douloureuse qui ne saurait engager en quoi que ce soit la responsabilité de l'homme de l'art. Toutefois son devoir et son intérêt lui commanderont de bien établir sa loyauté ainsi que la légitimité de son intervention. Pour cela, il devra se mettre à l'abri du soupçon de chercher à cacher son crime derrière le paravent de son immunité professionnelle ; il ne devra jamais consentir, comme le conseille Orfila, à assumer seul la responsabilité d'une telle opération sans avoir pris l'avis d'un ou de plusieurs confrères dont l'honorabilité, la moralité, la science et la compétence seront indiscutables et reconnues de tous.

Vibert conseille même au praticien placé dans la nécessité de provoquer un avortement thérapeutique, d'établir une consultation signée par lui et par les confrères appelés pour avis, d'en remettre une à la famille et d'en garder 2 exemplaires, dont un pour le ou les médecins consultants et l'autre pour lui-même.

Nous terminerons ce chapitre en disant que, dans toute expertise de ce genre, le médecin légiste ne pourra que s'inspirer utilement de la solution magistrale donnée par Paul Dubois, qui a su lumineusement tracer la véritable ligne de démarcation qui distingue l'avortement criminel de l'avortement thérapeutique qu'un médecin consciencieux et au-dessus de tout soupçon se voit dans la douloureuse nécessité de pratiquer dans l'exercice de son honorable profession.

« L'avortement prévu et puni par le Code, dit-il, l'avortement criminel, est un acte secret, coupable dans la pensée de celui qui l'exerce comme dans celle de la femme qui le sollicite ou le souffre. L'avortement provoqué par l'art, au contraire, est une opération accomplie au grand jour, une opération qui ne peut blesser ni la conscience de celui qui l'exécute, ni celle de la femme qui s'y soumet, une opération enfin qui a pour but d'éviter un mal plus grand, de conserver l'une des existences compromises, celle assurément qui est la plus précieuse. »

4^o *La môle.* — L'expert enfin pourra avoir à faire un diagnostic différentiel de la môle, car si l'inculpé d'un avortement criminel se trouve être un médecin, bien souvent il invoquera comme excuse la nécessité d'avoir eu à opérer une môle charnue ou hydatiforme. En outre la femme pourra aussi affirmer qu'elle a bien expulsé une môle. L'expert jugera donc d'après son examen direct, d'après son interrogatoire et d'après les prétextes d'ordre clinique invoqués, si un tel récit est véritablement véridique et s'il peut ajouter foi à de telles assertions.

En effet, les caractères distinctifs des môles sont :

1^o De provoquer des hémorragies abondantes et répétées dès le début de la grossesse.

2^o De ne se rencontrer généralement que chez des femmes qui approchent de la ménopause.

3° De ne se montrer que rarement chez des femmes jeunes.

4° Enfin, d'être des corps mous, souples, friables et par conséquent de ne s'accompagner d'aucune déchirure.

Nous pouvons ajouter que les môles sont des produits de tissus dégénérés et que leur examen minutieux a permis de reconnaître des œufs plus ou moins complets dont certaines parties sont atrophiées et d'autres hypertrophiées.

Rappelons aussi qu'autrefois l'on considérait comme môles toutes les tumeurs de l'utérus et qu'aujourd'hui on en distingue 3 variétés :

1° La môle hydatiforme qu'on rencontre le plus habituellement ;

2° La môle charnue qui est constituée par du tissu embryonnaire plus ou moins altéré par un processus de dégénérescence ;

3° La môle tératologique qui n'est qu'une monstruosité acéphale dont le corps est très incomplètement formé. Nous ne rappelons que pour mémoire les vives discussions auxquelles a donné lieu la constitution de la môle hydatiforme : pour les uns c'était une néoplasie de l'utérus alors que pour d'autres elle était d'origine ovulaire. Depuis les recherches de Virchow cette dernière opinion a fini par prévaloir, et à l'heure qu'il est on admet que la môle hydatiforme est un produit de dégénérescence kystique qui se développe aux dépens de villosités choriales. C'est un amas de vésicules du volume d'une tête d'épingle à celui d'une noisette. Chaque vésicule est constituée par une membrane enveloppante remplie d'un liquide transparent. Toutes ces vésicules sont réunies en grappe, et, d'ordinaire renfermées en totalité dans une membrane d'enveloppe unique, constituée par les membranes de l'œuf. Cette dégénérescence que constitue la môle hydatiforme est toujours d'un pronostic grave : d'abord

pour la mère, par suite des hémorragies souvent très abondantes qui peuvent survenir et ensuite pour le fœtus qui meurt habituellement, bien que dans quelques cas on ait rencontré un fœtus vivant et même viable au milieu des vésicules.

Pour de plus amples détails relatifs à la description étiologique et pathogénique des môles nous renvoyons aux traités d'obstétrique et de gynécologie.

Rappelons néanmoins aussi que, pendant les premiers mois de la gestation, la grossesse molaire présente tous les signes et symptômes d'une grossesse ordinaire, qu'elle peut ou non contenir un embryon et qu'enfin elle se termine habituellement par un avortement qui peut même tarder jusqu'aux 6^e et 7^e mois.

Comme on le voit si l'examen du médecin légiste est tardif, et si, — comme cela arrive habituellement — le produit de la conception ne lui est pas remis, l'expert ne pourra établir que difficilement son diagnostic qui sera fort délicat ; car il ne pourra se baser que sur des signes dont la valeur et l'appréciation pourront être plus ou moins contestables : il n'en aura que 2 à sa portée ; mais ceux-ci de réelle valeur et vraiment caractéristiques : nous les avons déjà mentionnés ; ce sont :

1^o L'âge de la femme et 2^o les hémorragies abondantes et répétées.

Ces deux caractères distinctifs permettront facilement à l'expert d'établir un diagnostic différentiel entre une môle, une fausse couche naturelle ou un avortement criminel.

Diagnostic de l'avortement post-mortem. — Ce diagnostic après décès devrait nécessairement comprendre pour être complet 2 actes bien distincts : 1^o L'autopsie de la femme et 2^o l'autopsie du fœtus. Disons tout de suite que si l'une est pour ainsi dire toujours possible, l'autre est plus aléatoire.

A. *Autopsie de la femme.* — La table d'autopsie est pour le médecin légiste l'endroit où certainement il se trouvera le plus à l'aise pour examiner, apprécier et comparer d'une façon complète et tout à loisir les diverses lésions qu'il aura relevées. Ajoutons néanmoins — quoique l'utérus, l'organe le plus important, se conserve très longtemps, chez les primipares notamment — que l'autopsie pour donner des résultats nets et bien tranchés devra avoir lieu le plus vite possible, car, dans la mort par suite d'avortement criminel, la putréfaction envahit rapidement les cadavres. Malheureusement, l'on sait que d'habitude ces conditions seront rarement remplies et que souvent l'expertise ne pourra se produire que plusieurs semaines après la mort.

Quoiqu'il en soit, il est tout naturel que l'examen du cadavre d'une femme qui a succombé aux suites d'un avortement criminel soit généralement plus complet que celui pratiqué sur la femme vivante, victime de ces mêmes manœuvres, bien que les recherches présentent également de sérieuses difficultés.

En effet, cet examen anatomo-pathologique portera non seulement sur les organes génitaux et sur les organes voisins qui parfois peuvent être le siège des mêmes lésions produites par les mêmes manœuvres abortives, mais aussi sur tous les autres appareils et particulièrement sur l'appareil digestif dont le contenu peut renfermer des fragments des substances abortives employées ou dont la muqueuse peut présenter des lésions érosives ou ulcéreuses causées par ces mêmes substances.

En outre si l'on a pu examiner la femme de son vivant, l'autopsie sera d'un précieux secours pour vérifier et contrôler le diagnostic porté : d'autre part, elle permettra à l'expert de se rendre un compte exact au sujet de lésions qu'il n'avait pu que soupçonner avant la mort et de les rapporter ainsi à leur vraie cause : enfin l'autopsie permettra de voir si la femme

a bien reçu de son vivant tous les soins nécessités par la constatation des lésions qu'elle présente ou si l'on a cherché à cacher ces lésions. Comme à ce sujet la mort de la femme sera survenue dans des conditions plus que suspectes, elle entraînera des poursuites judiciaires, et, par voie de conséquence, la commission de l'expert et l'autopsie. Dans ce cas le médecin légiste n'aura pour établir son diagnostic que l'examen des organes. Cet examen commencera par l'ouverture de la cavité thoracique qui montrera par l'état du cœur des gros vaisseaux et des caillots renfermés, si la femme a succombé à une hémorragie dont l'expert cherchera à déterminer la cause. L'ouverture de la cavité abdominale sera continuée par l'incision du péritoine et du tube digestif dans toute sa longueur, et tout contenu solide ou liquide sera soumis à l'examen chimique et microscopique. Si la femme a succombé à l'usage de substances abortives, cette analyse pourra être des plus fructueuses pour caractériser la nature de ces substances.

D'autre part, la muqueuse du tube digestif ainsi que le péritoine pourront être souvent le siège de lésions assez fréquentes d'étendue et de siège variables et dues à la quantité de la substance absorbée, ainsi qu'à la rapidité plus ou moins grande de la mort. Ajoutons toutefois que ces lésions n'ont rien de bien caractéristique et qu'il faudra voir avant tout si elles ne peuvent pas être rapportées à un état pathologique de la femme.

Rappelons néanmoins que Tardieu signale les ecchymoses au niveau de la grande courbure dans l'empoisonnement par l'if et, pour la sabine, une coloration verdâtre avec vascularisation du même endroit ainsi qu'une phlegmasie de tout le tube digestif pouvant aller jusqu'à l'escharre et la perforation surtout au niveau du pylore : de même, on note la congestion de tous les organes, reins, foie, cerveau, poumons, utérus : enfin, on a beaucoup insisté sur la coloration spéciale

purée de pois du contenu de l'estomac, comme caractéristique de l'intoxication par la sabine.

Pour la rue, Orfila signale une hyperhémie généralisée et pour l'ergot de seigle on constate une inflammation de tout le tube digestif.

D'après Tardieu, quand la femme s'est servie de poudre végétale (sabine, ergot de seigle, etc) on peut en retrouver des débris principalement au niveau de la valvule iléo-cœcale.

S'il s'agissait par exemple de fragments de seigle ergoté que la digestion n'aurait pas trop altérés, on noterait leur structure caractéristique, consistant en cellules polygonales, généralement hexagonales, très étroites et remplies d'un liquide huileux incolore. Un autre moyen de recherches consistera à traiter les substances suspectes par la potasse à froid ; si l'on chauffe alors, et s'il y a de l'ergot de seigle, il se forme de la triméthylamine facilement reconnaissable à son odeur de saumure de hareng. Mais l'ergot de seigle est rarement prescrit aujourd'hui en poudre et ce sont ses dérivés (l'ergotine et l'ergotinine) qui l'ont supplanté, ce qui rend plus difficile la tâche de l'expert. Quant à la recherche de l'huile essentielle elle est plus compliquée et elle réclame le concours d'un expert chimiste.

Parfois aussi, l'urine pourra par son odeur révéler la substance ingérée. Les reins pourront de même présenter des lésions de néphrite ; mais comme cette néphrite pourrait aussi avoir été cause d'accès éclamptiques, et, partant, de l'avortement et de la mort de la femme, on voit la nécessité pour l'expert de faire un diagnostic différentiel avant de rapporter la cause de ces lésions de néphrite à l'ingestion de substances abortives. Enfin, en cas d'empoisonnement, le foie sera aussi congestionné et pourra présenter des lésions en rapport avec la nature de la substance toxique absorbée (par exemple les sels de plomb).

Mais quelque précieux que puissent être tous ces divers renseignements, ce sera surtout, comme pour la

femme vivante, vers les organes génitaux que le médecin légiste dirigera ses investigations et ses recherches. Mais avant de les examiner en détail, il verra si, dans leur ensemble, ils n'offrent pas des lésions ou des délabrements qui peuvent intéresser simultanément plusieurs organes à la fois. D'autre part, les désordres que l'expert aura à constater peuvent varier depuis les plus grandes mutilations jusqu'aux lésions apparemment les plus insignifiantes, et qui, quoique superficielles, peu étendues et peu profondes, sont pour le médecin-légiste de la plus grande valeur : quelquefois même, on pourra les rencontrer, bien que l'avortement ne se soit pas produit, le traumatisme ayant pu seulement amener la mort de la femme.

Quant aux exemples de délabrements, de nombreux cas nous sont rapportés par Tardieu, Devergie, Dubois, Gallard. Dans des cas pareils, les lésions dues aux manœuvres abortives sont tellement évidentes qu'elles ne sauraient être méconnues et qu'elles constituent comme le cachet du crime.

En général la vulve est intacte même dans les grandes mutilations. Nous trouvons dans Tardieu la relation d'un cas de ce genre où à la suite d'une inversion utérine suite de manœuvres abortives, un médecin avait vidé tout le petit bassin et enlevé l'utérus et ses annexes ainsi qu'une partie du vagin sauf la vessie. Dans d'autres cas, il se pourrait que la vulve seule offre des lésions et nous trouvons dans Gallard un cas de ce genre qu'il explique soit par une déviation de l'instrument, soit par un mouvement de la femme au moment de l'opération.

Quant au vagin, son examen pourra offrir les constatations les plus intéressantes pour la conduite de l'expertise. Sans doute ni sa congestion, ni l'effacement de ses replis qui peuvent être dus à l'expulsion d'un produit d'un certain volume, ne peuvent entrer en ligne de compte. Mais ce qui pourra le plus éveiller les soupçons du médecin légiste, ce sera la découverte de petites piquûres, blessures, excoriations, de petites

ecchymoses cachées au fond des replis de la muqueuse vaginale, des culs-de-sacs, sur le col qui étant l'endroit le plus accessible de l'utérus est aussi l'endroit où l'on trouve souvent des traces de manœuvres abortives. Ce serait alors une preuve indéniable qu'un instrument quelconque a buté contre ces replis, contre le col, les a blessés, lésés, contusionnés, avant d'atteindre l'utérus, et ainsi que l'avortement a été l'œuvre d'une personne peu habile. Ces ecchymoses sous-muqueuses sont noirâtres, de nombre et de volume variables, de celui d'une lentille à celui d'une grosse noisette. Gallard leur attribue une certaine valeur, d'autant plus que, d'après lui, pareilles lésions n'auraient jamais été constatées ni dans les fausses couches naturelles, ni dans les accouchements à terme où nul instrument obstétrical n'aurait été employé. Néanmoins leur valeur est plus ou moins contestée. Ainsi Barnes en aurait rencontré sur le col d'une femme morte quelques jours après l'accouchement, et, plusieurs auteurs les considèrent comme de simples signes d'accouchement normal.

D'ailleurs Gallard lui-même recommande de ne pas trop s'en exagérer l'importance, car bien des cas, au point de vue thérapeutique ou obstétrical — même pour un simple examen — peuvent exiger l'introduction dans le vagin d'un instrument ou d'un corps étranger qui peuvent plus ou moins contusionner la muqueuse vaginale ou le col et produire ainsi des ecchymoses. Ainsi, par exemple, en cas de déviation utérine où l'instrument peut buter contre une des lèvres du col et même le perforer.

D'où la nécessité pour l'expert de se montrer réservé, de chercher à diagnostiquer la cause de pareilles ecchymoses et de ne les considérer comme un vrai signe de manœuvres abortives que s'il peut s'appuyer sur la constatation d'autres lésions. Néanmoins il ne devra pas oublier que souvent elles sont l'indice de véritables manœuvres criminelles et que c'est par leur examen sérieux qu'il pourra déceler des traces évidentes

d'une opération abortive, même si cette opération a consisté en une injection intra-utérine. Tardieu nous rapporte un cas de ce genre où il trouva sur la lèvre postérieure du col « une infiltration de sang et un ramollissement, indices d'une violence directe » et lésions produites par la canule qui durant l'injection avait été appuyée sur la paroi du col. Tourdes nous relate aussi un fait pareil où la mort fut provoquée par une syncope due à l'emploi de manœuvres abortives, dont, l'autopsie lui révéla l'emploi, par la constatation d'érosions du col de l'utérus, ainsi que par le décollement partiel du placenta.

La forme des lésions montrera à quel genre d'instruments elles sont dues : l'aspect et l'état de l'épanchement sanguin, la consistance des parois lésées pourront indiquer l'époque approximative où elles auront été produites. Toutefois ces lésions traumatiques de même que celles de l'utérus pourront rapidement avoir changé d'aspect et de forme à la suite d'un processus inflammatoire et suppuratif ; elles pourront même devenir pour ainsi dire invisibles à l'œil le plus exercé selon la nature contractile de l'organe examiné. Mais dans un tel cas l'expert pourra avoir recours à des coupes qui alors lui montreront le trajet suivi par l'instrument traumatisant, trajet filiforme ou triangulaire par exemple, qui se révélera d'habitude par la présence de sang coagulé, par des parois noirâtres et ramollies.

Toutes ces constatations faites, le médecin légiste doit passer à l'examen de l'organe en somme le plus important dans une telle expertise, soit l'utérus ; et son examen sera d'autant plus ou moins probant qu'il portera sur un utérus dont la cavité pourra 1^o contenir encore l'œuf ; 2^o ne renfermer que le placenta ou des débris placentaires et membraneux ; 3^o enfin se présenter totalement vide de toute trace d'un produit de conception quelconque.

Dans le premier cas, la découverte, à l'intérieur de l'utérus, d'un œuf perforé ou partiellement décollé sera la signature d'une grossesse et par voie de conséquence d'une probabilité d'avortement criminel. Par son examen minutieux, par son interrogatoire, par son diagnostic différentiel, l'expert n'aura le plus souvent pas de peine à transformer cette probabilité en réalité. Pour cela il lui faudra surtout rechercher s'il existe des traces de violence destinées à le détruire et si l'étendue du décollement avec déchirure et hémorragies ne contraste pas avec le peu d'effacement du col, ce qui signifierait un début de travail et qu'un corps étranger a essayé de dilater et d'effacer le col.

Pour le deuxième cas aussi, le diagnostic sera possible car la présence du placenta ou de débris encore adhérents suffira à prouver les manœuvres criminelles. Dans de pareilles conditions l'examen sera d'autant plus facilité qu'on aura affaire à un utérus encore gros et dont la rétraction aura été des plus insignifiantes : en cas de grossesse de 3 à 4 mois, par exemple entre autres constatations, on trouvera que les parois utérines ont une épaisseur de 2 cm. environ.

Dans le troisième cas, si l'utérus est vide, les recherches à faire seront plus nombreuses, plus minutieuses et plus délicates.

Et tout d'abord, la première constatation à noter, sera de voir s'il n'y a pas une insertion placentaire, ce qui serait une preuve indéniable de gestation, que confirmera celle d'une cavité utérine agrandie. On distinguera alors sur un point variable de la muqueuse de l'utérus une partie rugueuse, inégale, rougeâtre et parfois suppurante, résultat de la séparation du gâteau placentaire. Tout autour de ce point la muqueuse utérine sera saillante et plus épaisse, elle présentera des lambeaux déchirés. Enfin, la cavité utérine sera remplie de caillots de sang ou de fragments membraneux de caduque, le tout à des degrés plus ou moins variables d'altération et de suppuration.

D'habitude, cette constatation sera assez facile si cette recherche a lieu de suite, 8 ou 10 jours après l'avortement. Mais cet examen sera d'autant plus difficile qu'il aura lieu sitôt après la fin d'une menstruation où la muqueuse est encore gorgée de sang et tomenteuse, ou qu'il portera soit sur un utérus plus ou moins altéré par un processus inflammatoire chronique, soit sur une insertion de placenta embryonnaire.

Dans de tels cas, un examen immédiat même à la loupe donnera rarement une preuve manifeste d'une insertion placentaire et ne permettra que difficilement de savoir si l'on est en présence d'un utérus qui vient d'expulser un produit de conception.

Pour faciliter la solution de ce point délicat, Brouardel conseille : 1^o de débarrasser l'utérus de tous ses caillots ; 2^o de le laisser tremper 24 heures ou même plusieurs jours dans de l'alcool ; 3^o enfin, de ne reprendre l'examen qu'après ce laps de temps écoulé. Ajoutons que l'on devra se servir d'alcool fort à 90 ° pour ce bain, ce qui amènera la décoloration de l'hémoglobine. Alors, nous dit cet auteur : « Il sera facile sur la surface utérine décolorée de retrouver, soit à l'œil nu, soit en s'aidant de la loupe, le point précis où le placenta se trouvait inséré ».

Enfin l'expert trouvera une autre preuve caractéristique de la gestation dans l'examen minutieux du volume, des dimensions, du poids et de la texture de l'utérus, de l'épaisseur de ses parois et de ses fibres musculaires. Ainsi, l'examen microscopique de ces dernières montrera qu'elles dépassent de beaucoup leurs dimensions ordinaires, puisqu'elles peuvent arriver à atteindre 0,05 mm. de longueur et 0,01 mm. d'épaisseur. Ce sera là un signe des plus indiscutables et comme la marque indéniable de l'accroissement physiologique de l'organe gestateur à la suite de la gravidité. De même, l'épaisseur des parois sera manifeste jusqu'au 5^e mois et, à 3 et 4 mois, c'est-à-dire à l'époque où se font d'ordinaire les avortements cri-

minel, elle mesure environ 2 mm. En outre, la diminution du col, la forme globuleuse de l'utérus et l'élargissement de sa cavité fourniront de précieux renseignements. L'utérus qui a été gravide en effet a son fond un peu convexe et plus élevé que les trompes ; ses angles sont arrondis. Enfin le relevé des dimensions de l'utérus comparées avec celles d'un utérus vierge ou appartenant à une femme qui a été mère achèveront de confirmer la grossesse. Voici quelles sont ces dimensions :

1^o Avant toute gestation : Longueur : 6 à 7 cm. ; largeur : 4 cm. à 4 cm. $\frac{1}{2}$; épaisseur : 2 cm. à 2 cm. $\frac{1}{2}$; poids : 30 à 45 gr. Chez une femme qui a enfanté : Longueur : 7 à 8 cm. ; largeur : 4 cm. $\frac{1}{2}$ à 5 cm. $\frac{1}{2}$; épaisseur : 2 cm. $\frac{1}{2}$ à 3 cm. ; Poids : 60 à 70 gr.

Durant la grossesse toutes les dimensions vont en augmentant et, à 3 mois ainsi qu'à 4 mois, c'est-à-dire à l'époque la plus habituelle de l'avortement criminel, ces dimensions sont d'environ 8 cm. et 10 cm. comme longueur et comme largeur. Au moment de l'accouchement, elles sont de 23 cm. pour la longueur et de 16 cm. pour la largeur ; à cette époque, le volume de l'utérus dépasse 24 fois l'état normal.

Enfin l'expert pourra tirer des indices plus précis d'après l'étendue de la plaie placentaire, et, en étudiant, au point de vue histologique, les débris de la paroi utérine : il pourra ainsi reconnaître jusqu'au 3^e mois la structure de la caduque sérotine ainsi que celle des villosités du placenta.

Comme on le voit, toutes ces indications seront des plus précieuses pour l'expert qui, s'aidant aussi en cela de l'interrogatoire, pourra ainsi diagnostiquer en même temps que l'âge de la grossesse, celui de l'avortement.

Nous n'entrerons pas ici dans le détail des autres signes de la conception, tels que l'état des seins, la pigmentation de la ligne blanche, la flaccidité de la

peau de l'abdomen, les vergetures abdominales et de la partie supérieure des cuisses, etc : de même, nous ne pouvons décrire les autres caractères communs à toutes les variétés d'avortement. Nous en avons déjà parlé et on en trouvera d'ailleurs la description dans tous les traités classiques d'obstétrique.

Mais quand l'avortement et la mort auront été provoqués par des manœuvres directes, l'expert, poursuivant ses investigations sur l'utérus, devra en rechercher les traces matérielles, car la constatation de pareilles lésions sur cet organe lèvera tous les doutes et sera tout à fait décisive. Et, à ce sujet, nous ferons remarquer, encore une fois, que le col, — nous l'avons déjà vu — par le fait même qu'il est plus exposé aux traumatismes est aussi le plus particulièrement atteint. Quoiqu'il en soit, ces lésions, qu'elles consistent en simples piquûres, en déchirures, en perforations ou en délabrements, auront toujours des caractères bien nets et trop tranchés pour qu'on puisse les méconnaître.

Disons tout d'abord que les lésions traumatiques que l'on trouve d'habitude sur l'utérus sont généralement dues soit à un instrument mal dirigé, soit à une tentative d'expulsion forcée du produit de la conception. Dans ce dernier cas, ce sont des blessures produites par arrachement. C'est au premier genre de blessures qu'il faudra rapporter les simples piquûres, les déchirures et les perforations.

On rencontrera ces lésions produites par des instruments piquants, mousses ou tranchants, soit à la surface du col, soit à l'intérieur du canal cervical, soit sur la paroi postérieure de la cavité utérine, surtout sur le fond ou à son voisinage. La plaie pourra même intéresser non seulement toute la paroi utérine, mais même le rectum ou la vessi ; parfois aussi, — comme nous en avons déjà parlé — elle pourra léser soit un cul-de-sac vaginal, soit le vagin, soit le col. Toutes ces lésions, — quelle que soit la partie de l'appareil utéro-vaginal où on les rencontrera — présenteront

un aspect caractéristique et leur trajet sera indiqué par un épanchement de sang coagulé, petit et régulier : ce sera, soit une plaie en sétou, soit une plaie ayant la forme d'une rigole ou d'un tunnel ; parfois même, on pourra, d'après leurs dimensions, leur forme, reconnaître l'instrument vulnérant qui les aura causées.

En outre, comme pour les plaies du vagin ou du col, l'inculpé pourra être souvent tenté de rapporter ces blessures, piqures, érosions, perforations de l'utérus à un coup maladroit de scalpel donné pendant l'autopsie. L'expert n'aura alors aucune difficulté à réduire à néant une telle assertion par la différence d'une lésion produite durant la vie avec une lésion faite sur le cadavre. La première sera caractérisée par un épanchement sanguin coagulé qui parfois suit le trajet de l'instrument, au point d'en déceler la forme, alors qu'aucune trace de sang coagulé ne marquera une plaie produite sur le cadavre : de même ces 2 genres de plaies varieront par leurs bords, dont les lèvres seront rétractées chez le vivant — ce qui aura pour effet d'en augmenter les dimensions — alors qu'il ne sera constaté aucune rétraction sur le cadavre. Vibert nous relate un cas de ce genre.

D'autre part, d'après le siège de ces blessures, l'expert pourra en induire si elles ont été produites par une main expérimentée ou non. C'est ainsi que le siège des déchirures sur le fond de la cavité utérine dénotera en général une main habituée à l'exploration de la cavité utérine : au contraire, des lésions rencontrées sur le vagin, sur le col, dans les culs-de-sac vaginaux indiqueront ordinairement une main inhabile. Souvent en effet, l'expert trouvera la preuve manifeste de cette maladresse et ainsi de la manœuvre abortive dans la perforation, par exemple, d'un cul-de-sac vaginal, lésion qu'il pourra encore rencontrer assez fréquemment et qui aura été cause d'une péritonite généralisée et de la mort de la femme. La possibilité de telles fausses routes est facile à concevoir quand l'instrument est

manié par une main inexpérimentée. Elle est due au fait que l'antéversion utérine, qu'on rencontre si souvent chez les femmes gravides, applique l'orifice du col contre la paroi postérieure du vagin : d'où des difficultés certaines pour trouver cet orifice, surtout l'interne plus étroit que l'externe. C'est pourquoi, il n'est pas rare, qu'au cours d'une autopsie, le médecin légiste puisse rencontrer souvent des traces de perforations qui, partant de la paroi antérieure du col ou d'une de ses lèvres, ressortiront par sa partie postérieure et se continueront jusque dans le péritoine, traversant ainsi de part en part le cul-de-sac vaginal. Nulle difficulté alors pour diagnostiquer de telles lésions et les rapporter à leur véritable cause, les manœuvres abortives, surtout si le trajet de la lésion est marqué par une *infiltration sanguine du tissu utérin*.

Perforations utérines gangréneuses. — D'autres fois l'expert aura à examiner et à apprécier un autre genre de lésions qu'il rencontrera d'habitude sur le fond de l'utérus ; ce sont les perforations complètes de la paroi utérine qui parfois peuvent même être multiples ; souvent ces lésions auront pu entraîner un processus gangréneux partiel de cet organe, sauf si la mort par métrô-péritonite a suivi de près la perforation. Nous trouvons à ce sujet dans la littérature médico-légale un cas de ce genre d'exception où une sonde, après 4 tentatives infructueuses pour atteindre l'œuf qui fut retrouvé intact — ce que révélaient 4 trajets partant tous du col —, avait abouti à la perforation non seulement de la cavité utérine, mais aussi de l'iliaque interne, ce qui avait déterminé une mort immédiate.

Quoiqu'il en soit, si on a affaire à ce genre de lésions gangréneuses :

1^o On les regardera comme tout à fait suspectes et on sera amené à rapporter ce processus gangréneux à une piqûre, à une blessure de la muqueuse ou de toute la paroi utérine ;

2° On en cherchera la cause dans l'emploi d'instruments plus ou moins grossiers et malpropres, ou encore dans l'emploi de liquides caustiques et irritants, compte tenu de la rapide évolution d'une telle plaie à la faveur de l'état particulier de l'utérus gravide placé dans des conditions toutes particulières d'hypernutrition et de gravidité ;

3° On se rappellera qu'elles constituent une complication assez fréquente des manœuvres directes intra-utérines ; que, quoique parfois d'un diagnostic délicat, elles n'en gardent pas moins leur caractéristique propre et que l'examen histologique aidé des commémoratifs et de l'interrogatoire tranchera toutes les difficultés de diagnostic avec une perforation due, par exemple, à une gomme, à un tuberculôme, à un fibrome ramolli ;

4° On se demandera aussi si une telle lésion gangréneuse de l'utérus est vraiment l'indice pathognomonique de manœuvres abortives post-mortem, et si on ne peut pas quelquefois la rencontrer spontanément dans d'autres circonstances, comme par exemple, après un accouchement à terme ou près du terme. Le diagnostic différentiel de l'accouchement établira ici le diagnostic.

D'ailleurs, Thoinot et Ch. Paul, qui ont étudié cette question d'une façon complète et très documentée, n'en nient pas théoriquement la possibilité et nous disent qu'on peut rencontrer dans quelques cas cette lésion post-partum. Ils ajoutent cependant que, dans l'avortement, c'est une impossibilité, qu'on n'en connaît aucun exemple, et que dans ce dernier cas on peut conclure à des manœuvres abortives à moins que l'enquête ne fasse la preuve du contraire.

Pour ces auteurs, en effet, la rencontre de cette lésion post-partum ou post-abortum se présente avec des caractères cliniques et anatomiques si différents que l'œil le moins averti ne peut s'y méprendre.

Voici le résumé de ces caractères distinctifs.

C'est d'abord, au point de vue clinique, l'évolution toute différente de cette lésion dans les deux cas.

Ainsi, elle est très rapide quand elle est due à des manœuvres criminelles, ce qui fait que, presque subitement, la femme qui était en bonne santé passe de suite à un état alarmant ; la mort arrivera d'habitude en 24 ou 36 h., à la suite d'une péritonite suraiguë, et, exceptionnellement, dans un laps de temps maximum de 48 h. à 6 jours, provoquée par la métro- et la pelvi-péritonite.

Il n'en sera pas de même pour la lésion gangréneuse dite spontanée et suite d'accouchement à terme ou presque, qui évoluera plus lentement, progressivement, et dont le processus nécrosant d'escharification, d'élimination demandera un temps plus ou moins variable : ici la mort ne surviendra que du 7^e au 50^e jour. L'examen anatomique à l'autopsie révélera de même des différences bien tranchées entre ces 2 sortes de lésions.

Ainsi, dans le cas d'une perforation gangréneuse dite spontanée, on trouvera une escharre non éliminée et flottant dans la cavité utérine, ou bien une perforation comme à l'emporte-pièces, à bords limités, due à la chute de cette escharre. S'il s'agit au contraire d'une perforation gangréneuse résultant d'une plaie par manœuvres directes, on aura une perforation de dimensions plus ou moins variables : ce sera parfois une plaie infiltrée de sang et assez peu modifiée pour qu'on puisse facilement la rapporter à sa cause ; mais le plus souvent on aura affaire à une lésion d'une très grande étendue peu en rapport avec une courte évolution de quelques jours à peine. En outre les bords de la perforation seront souvent frangés de tissu sphacélé et en pleine déliquescence, résultat d'une infection à processus gangréneux développée au niveau de la blessure utérine. D'autre part, tout autour de la perforation, existera d'habitude une zone de tissu nécrosé,

avec du tissu sain au delà et donnant lieu à une perte de substance en forme de tronc de cône qui mettra en communication la cavité utérine avec la cavité péritonéale, siège d'une péritonite généralisée.

Les caractères distinctifs de la perforation gangréneuse de l'utérus par manœuvres directes (plaies, piqûres, contusions) furent de nouveau confirmés par la Société de Médecine légale le 6 avril 1914.

Ils seraient, d'après Thoinot et Ch. Paul, caractéristiques de la manœuvre abortive ainsi que de l'injection intra-utérine avec une longue canule rigide et ne sauraient être confondus avec ceux de la métrite gangréneuse de Beckmann observée en cas de rétention placentaire.

Comme additif à cette question si débattue des perforations utérines gangréneuses rappelons pour mémoire les conclusions de Maygrier qui, ayant rapporté avec Franqué plusieurs observations, affirmait en 1901 à la Société de Médecine légale que : « en pareil cas on ne saurait se montrer trop réservé ».

D'autre part en 1911, le professeur Fieux de Bordeaux, revenant sur la question, disait : « ces perforations utérines se produisent de temps en temps dans le post-abortum et parfois aussi dans le post-partum ; si l'on tient compte de ce fait que ces perforations s'observent plus particulièrement à la suite des avortements provoqués et plus encore provoqués avec des manœuvres intra-utérines, on conclut tout de suite et apparemment avec logique à l'origine traumatique de la lésion. C'est ainsi que furent admises, sans exception et sans contestation, les premières observations de ce genre » et il conclut : « Je crois pouvoir l'affirmer ; la perforation gangréneuse de l'utérus peut exister en dehors de tout traumatisme direct, en dehors de l'avortement criminellement provoqué »,... « même à la suite d'accouchement à terme sans violence ».

Comme nous l'avons vu, l'avis de Thoinot et de Ch. Paul prévalut à la Société de Médecine légale

le 6 avril 1914, où la question fut reprise à l'occasion d'un cas présenté par les D^{rs} Mauclaire et Tissier. De la discussion qui eut lieu, il semblerait résulter qu'on ne connaît aucun cas où la gangrène perforante de l'utérus se soit produite avec les caractères indiqués par Thoinot et Ch. Paul sans préexistence d'une lésion ou d'une contusion de la paroi utérine.

Avant d'achever cette étude succincte des perforations utérines gangréneuses, disons que, s'il s'agit d'une perforation simple, il ne faudrait pas en induire que l'opérateur est une personne maladroite. Rappelons en effet que, durant la gravidité, aussi bien que dans divers états pathologiques, la cavité utérine peut se laisser traverser sans résistance aucune : c'est ce qui fait que, d'ordinaire, l'on a affaire à des plaies qui l'on traversée de part en part. Souvent il n'est pas besoin d'instruments piquants ou tranchants pour que l'utérus soit perforé ou pour produire des accidents analogues : ainsi, dans un cas, la canule d'une seringue à injection, à la suite d'une lésion de la muqueuse utérine, a été cause de la pénétration d'air et de liquide dans les vaisseaux, d'où embolie gazeuse et mort.

Dans un autre cas, où l'œuf était intact, à la suite d'une douche trop violemment projetée sur le col de l'utérus, on remarqua à l'autopsie un décollement des membranes s'étendant jusqu'à l'une des cornes qui présentait une perforation gangréneuse, sans doute due au liquide qui, après s'être frayé un passage jusqu'à la trompe, avait pénétré dans la cavité abdominale, où sa présence avait entraîné un processus gangréneux, lequel avait amené la perforation.

LÉSIONS PRODUITES PAR ARRACHEMENT
ET RUPTURES SPONTANÉES.

Quand l'expert aura affaire à des lésions produites par arrachement, il constatera que ce sont d'ordinaire des plaies bien plus étendues ; nous ne rappelons que pour mémoire les cas rares de véritable mutilation, tels celui rapporté par Tardieu, où l'on, pouvait voir l'utérus renversé, pendant, séparé nettement du corps, et une partie des intestins retirés hors de la cavité abdominale par le vagin. D'autres cas analogues nous sont rapportés par Devergie, P. Dubois, Gallard, mais ce sont des cas exceptionnels, qu'on rencontrera de moins en moins et nulle difficulté alors n'existera pour diagnostiquer l'avortement criminel.

Mais d'habitude, les plaies par arrachement que l'expert aura à apprécier et à interpréter seront moins mutilantes, moins étendues et siégeront généralement sur la paroi postérieure de l'utérus.

En présence de telles perforations plus ou moins considérables, l'excuse que donneront les auteurs de pareils traumatismes seront de 3 sortes : Ils prétendront : 1^o que ces délabrements ont été produits par la femme elle-même dans un moment d'aberration mentale ; 2^o que ce sont là des lésions dues à une application de forceps ; 3^o enfin, qu'on a affaire à des ruptures spontanées.

Quoique la première allégation semble devoir être insoutenable par suite de son évidente invraisemblance, elle a été cependant soutenue dans la célèbre affaire Grand, (Annales de Médecine légale, vol. IV, série 1). Devergie et P. Dubois qui eurent à examiner un tel cas, et, bien qu'ils ne fussent pas d'accord sur tous les détails, montrèrent l'impossibilité absolue pour une femme, même dans le plus haut degré de fureur maniaque, de perforer le cul-de-sac vaginal pour aller saisir l'utérus et l'arracher par une telle ouverture,

la main ne pouvant d'ailleurs embrasser l'utérus gravidé à cause de son trop grand volume.

Pour la deuxième allégation, elle ne serait admissible que s'il s'agissait d'un avortement qui se serait produit dans les dernières semaines de la grossesse ; or l'on sait que d'habitude l'époque choisie pour les avortements criminels est celle comprise entre le 2^e et le 4^e mois. D'autre part, comme il est rare qu'une application de forceps se fasse sans aucun témoin, le médecin incriminé devra en justifier la nécessité et donner des détails circonstanciés de toute l'opération obstétricale.

Quant à la 3^e affirmation, soit celle de la rupture spontanée, il se peut qu'elle soit encore assez souvent invoquée, surtout si la perforation criminelle se montre en tous points semblable. Tardieu qui, le premier, a étudié cette question du point de vue médico-légal, dit que, pour bien poser un diagnostic différentiel entre la rupture spontanée et la perforation de l'utérus produite par des manœuvres abortives, il faut :

1^o Etablir que la lésion a été faite du vivant de la femme et non par inadvertance post-mortem à l'autopsie ;

2^o Qu'elle n'est pas accidentelle et due à un coup ou à une chute survenue pendant la grossesse et plus ou moins longtemps avant la mort ;

3^o Qu'elle n'est pas spontanée ni survenue, pour un motif quelconque, par l'effet des contractions utérines ;

4^o Qu'elles s'est produite au moment des manœuvres abortives ainsi que la mort qui l'a suivie et les accidents qui l'ont précédée ;

5^o Enfin, que l'époque où s'est produite cette perforation correspond exactement à celle assignée par l'information aux manœuvres abortives.

Sauf la première question qui fait partie de l'histoire générale des blessures, et que nous avons élucidée

précédemment en parlant des lésions (piqûres, blessures, ecchymoses) du vagin, du col et de l'utérus, on ne pourra donner une solution précise à toutes ces questions qu'en établissant le diagnostic différentiel des ruptures spontanées par la connaissance des symptômes qu'elles déterminent, par leur évolution et leur terminaison, par les caractères anatomiques de la lésion et son mode de production. Par la comparaison de tous ces divers caractères distinctifs des ruptures spontanées avec ceux des perforations produites par les manœuvres abortives, l'expert arrivera facilement à déceler la vérité.

Sans vouloir nous astreindre ici à l'énumération de la multiplicité des causes de ruptures spontanées de l'utérus indiquées par les auteurs, nous ferons cependant remarquer que ce sont là des accidents très rares que l'on ne rencontre généralement que lors du travail de l'accouchement.

Mme Lachapelle en dénombrait 1 ou 2 pour 2.500 accouchements ; Clarke et Powcel, 20 pour 8.600 accouchements. D'après les données de Wieland, Tardieu en compte 11 réparties sur 10 ans et pour 28.299 accouchements ; de même Auvar d en indique 1 pour 1.000 accouchements ; Jolly 1 pour 3.000 ; Wieland 1 pour 6.000 ; Schröder 1 pour 43.138.

Quant aux ruptures spontanées qui peuvent se produire durant la gestation, elles sont encore plus rares et tout à fait exceptionnelles. Toutefois Trask en cite 12 avant le 6^e mois ; mais dans ces cas, il existe généralement une malformation utérine qui est ainsi une cause prédisposante.

Comme on le voit, cet accident est tout à fait exceptionnel et le médecin légiste ne peut que se montrer très réservé sur l'origine et la nature des cas suspects. Mais la vraie caractéristique des ruptures spontanées quelle qu'en soit la cause, c'est l'époque de la gestation où on les rencontre presque toujours. La généralité en effet se produit à terme et lors du travail de l'accouche-

ment, c'est-à-dire à une époque où l'avortement est le plus rare puisque c'est ordinairement pendant les 3^e et 4^e mois qu'on l'accomplit. La science, il est vrai, en a consigné pourtant quelques cas qui ont été observés à une période plus ou moins avancée de la grossesse, et en dehors de tout travail : mais l'étude de ces cas rares a toujours montré qu'ils se rapportaient au voisinage du terme (6 mois au moins) ou qu'ils étaient dus au développement considérable de l'utérus gravide rendu ainsi plus accessible aux traumatismes externes (coups, chute d'un lieu élevé, contusion profonde, écrasement, coup de pied de cheval, etc.) : mais alors dans ce dernier cas, il devra évidemment exister extérieurement des traces visibles de ces diverses violences.

Dans quelques cas extrêmement rares cependant — comme nous le rapporte Coutagnes — la déchirure utérine a pu se produire à une époque peu avancée de la grossesse sans qu'il fût possible de trouver l'explication anatomique d'un tel accident.

Ainsi donc, une rupture qui se serait produite dans les premiers mois de la grossesse, c'est-à-dire à une époque où ont lieu habituellement les avortements criminels et où par conséquent la rupture spontanée est presque impossible, ne pourrait qu'éveiller les soupçons les plus graves dans l'esprit de l'expert.

D'après ces premières données, l'on voit déjà qu'il est presque impossible au médecin légiste de confondre une rupture spontanée et une perforation utérine par manœuvres abortives.

D'autre part, quelle que soit l'époque plus ou moins avancée de la grossesse où l'on constate la lésion, ce que l'expert devra surtout tâcher de connaître, ce sont principalement les circonstances mêmes de sa production ; cela lui sera toujours facile s'il s'agit d'une plaie pénétrante ou d'une contusion profonde de l'abdomen, ayant atteint l'utérus ; de même que si la rupture est due à une grossesse interstitielle ou à l'amin-

cissement des parois utérines par suite d'une très forte distension de l'organe gestateur ; ou encore s'il s'agit d'un état pathologique préexistant du tissu utérin ayant diminué sa résistance (tels que processus gangréneux, inflammatoire, infractus, cancer, etc.) ; mentionnons de même comme pouvant favoriser la rupture, l'aminçissement du segment inférieur de l'utérus au cours de l'accouchement, la saillie anormale du promontoir, etc.

Comme l'on pourra s'en rendre compte, toutes ces diverses circonstances ne se trouveront jamais réalisées dans les cas de perforations consécutives à des manœuvres abortives, sauf si l'utérus déjà malade se rompt par suite des contractions provoquées par une opération abortive, qui ne l'aurait pas lésé. Mais une telle coïncidence si douteuse sera tout à fait exceptionnelle.

Outre ces diverses causes de ruptures spontanées, il nous reste à parler de celles qui se produisent lors du travail d'un accouchement laborieux, à la suite d'un violent effort des contractions utérines ou comme conséquence de manœuvres obstétricales mal dirigées. « On comprend, dit Tardieu, combien plus aisément celles-là se prêtent à une explication naturelle et peuvent être couvertes par l'impuissance préterdue de l'art ou par les difficultés insurmontables d'une opération nécessaire, éléments nouveaux que l'expert aura à apprécier et dont avec un peu de réflexion il reconnaîtra la portée ». Dans de tels cas, la lecture du dossier, ainsi que l'interrogatoire des témoins et des inculpés sera d'un précieux secours pour connaître tous les détails de l'accouchement. L'on sait d'autre part que les contractions utérines ne peuvent produire une rupture que si elles ont à lutter contre un obstacle qu'elles ne peuvent surmonter pour expulser le fœtus ; ces obstacles sont : le bassin rétréci ; l'étroitesse relative du canal cervico-utérin due à la fermeté, à la rigidité du col et à son non effacement ; le volume excessif du

foetus, surtout de sa tête (hydrocéphalie), ou sa présentation vicieuse ; l'obliquité de l'utérus ; les contractions prématurées ; les monstruosité du foetus ; les tumeurs qui obstruent en partie la filière pelvienne, et, nous l'avons déjà dit plus haut, la saillie anormale du promontoire, l'amincissement du segment inférieur de l'utérus, les altérations pathologiques des parois utérines, etc.

Sur les onze cas de rupture utérine que nous rapporte Tardieu, nous trouvons en effet comme principales causes déterminantes : Bassin vicié : 7 fois : Présentation vicieuse ; (version, 3 fois) ; altération du tissu utérin : 1 fois.

Comme on le voit, l'expert devra analyser et étudier toutes ces circonstances et ces causes ; en effet, si le tissu utérin n'est atteint d'aucune altération pathologique préexistante ni d'aucun traumatisme extérieur ; si, en outre, on a affaire à un bassin bien conformé et à une présentation normale du foetus ainsi qu'à un col dont la dilatation et l'effacement ont suivi un cours régulier, on ne pourra admettre une rupture spontanée due à des contractions utérines : dans un tel cas, la lésion suspecte devra être vraisemblablement attribuée à une manœuvre criminelle.

Souvent une telle rupture pourrait être attribuée par un médecin inculpé au résultat malheureux d'une opération obstétricale, comme par exemple, à un curettage de l'utérus après une fausse couche naturelle ou accidentelle, ou même en vue d'un avortement thérapeutique, la curette ayant l'avantage de pouvoir enlever par grattage l'œuf et le placenta et de prévenir ainsi les conséquences fâcheuses d'une rétention placentaire.

L'expert devra alors établir le diagnostic différentiel de la fausse couche naturelle et accidentelle et tâcher de faire justifier la nécessité d'un avortement thérapeutique par curettage, d'autant plus qu'une telle intervention ne doit se faire qu'au grand jour et après con-

sultation tenue entre plusieurs confrères. Or, généralement, il n'en aura pas été ainsi et les explications seront alors embarrassées. Aussi le médecin légiste n'aura-t-il aucune difficulté à rapporter la déchirure suspecte à sa vraie cause, soit l'emploi de manœuvres abortives. D'ailleurs, nous l'avons vu, on ne doit recourir à l'avortement thérapeutique que pour des motifs tout à fait exceptionnels que l'expert aura à vérifier (vomissements incoercibles, placenta prævia, grossesse molaire, hydramnios, etc.). En outre le curettage ne doit pas être employé au delà du troisième mois, car à cette époque les os du fœtus sont assez résistants pour produire des déchirures utérines graves et par suite des hémorragies et des accidents péritonéaux et septicémiques parfois mortels.

D'autre part, il faudra aussi prévoir le cas où un médecin inculpé d'avortement cherchera à se retrancher derrière son habileté pour ne pas vouloir endosser la responsabilité d'une maladesse aussi grossière que celle d'une perforation de la cavité utérine. Mais, dit Tardieu : « Il ne faut pas s'y méprendre ; ces perforations s'opèrent plus facilement qu'on ne le pense et ne sont pas toujours l'indice d'une extrême maladesse : un instrument introduit dans l'intérieur de la cavité utérine, pour en détacher des fongosités, manié par les mains les plus exercées, a pu — je le tiens du premier chirurgien de ce temps — traverser toute l'épaisseur de l'utérus sans qu'on en ait été averti autrement que par la saillie de l'extrémité de la curette sous la paroi abdominale. A plus forte raison, l'opération de l'avortement, pratiquée sur un utérus rendu plus vasculaire par la gestation, peut plus facilement encore dépasser sa limite d'ailleurs mal connue et mal assurée, et faire pénétrer l'instrument abortif à travers le tissu moins consistant de l'utérus ». L'expert trouvera aussi un élément de plus pour son diagnostic dans l'étude de la marche et de la terminaison des accidents produits par les ruptures spontanées et par les perforations

dues à des manœuvres abortives : d'où la nécessité pour lui de bien connaître la symptomatologie de la rupture spontanée.

A ce sujet, voyons ce qui se passe exactement au moment précis de la production de la rupture utérine pendant le travail d'un accouchement laborieux.

En général, il existe d'abord une phase prémonitoire où il y a exacerbation des douleurs de l'enfantement ; puis ce sera l'apparition subite d'une douleur très vive accompagnée parfois d'une sensation d'un déchirement intérieur et dans quelques cas d'un bruit particulier. De suite après la rupture, la femme en couche éprouvera une sensation de bien être, mais de courte durée ; car bientôt surviendra tout le cortège des symptômes ; soit d'une hémorragie interne, avec pâleur, sueurs abondantes, petitesse et fréquence du pouls, syncope ; soit d'une pérétonite suraiguë avec nausées, vomissements, hoquets, algidité, et à moins d'une intervention urgente, la mort s'en suivra fatalement et rapidement. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et la rupture spontanée de l'utérus n'est pas fatalement mortelle : elle peut en effet se produire d'une façon latente, sourde et sans aucun des symptômes ci-dessus énumérés ; dans ce cas où le moment de la production de la déchirure est bien difficile à préciser, on aura comme principaux signes caractéristiques : des fortes hémorragies en nappe, une douleur vive, continue, une altération profonde de l'organisme, une inertie complète de l'utérus, l'interruption subite du travail et l'ascension de la tête dans la cavité abdominale. Ces deux derniers symptômes constituent le vrai signe excellent et indiscutable de la rupture utérine pendant le travail et présentent ainsi une très grande valeur ; cependant ils ne se produisent que dans une grossesse déjà avancée ou au moment du travail de l'accouchement.

Pour les rares ruptures qui se produisent à une époque éloignée du terme, ils manqueront ou seront moins manifestes ; alors, les seuls signes qu'on constatera seront

des symptômes d'angoisse, de douleur et de métropéritonite plus ou moins aiguë qui amènera une mort inévitable dans un laps de temps plus ou moins long.

Même en l'absence de données relatives aux conditions de production et à la symptomatologie des ruptures et perforations utérines, l'expert pourra encore les distinguer d'après leurs caractères anatomiques, leur siège, leur étendu, leur forme.

Siège. — Quoique variable, le siège des ruptures spontanées de l'utérus est assez circonstrit à quelques parties de l'organe et c'est là un de leurs principaux caractères ; on les rencontrera généralement au niveau des insertions vaginales avec le col ou à la naissance même du col, sur l'un des côtés de l'utérus, le gauche principalement, sur le col, sur le fond de l'utérus dans l'intervalle compris entre les deux insertions des trompes, le long de l'un des bords de la cavité utérine depuis l'insertion du vagin jusqu'à celle de la trompe correspondante. Exceptionnellement, on a vu des déchirures s'étendant d'une trompe à l'autre. S'il y avait une partie de la paroi utérine présentant un processus pathologique il est évident que la rupture se produirait à cet endroit. Quant aux ruptures dues à des traumatismes externes et accidentels, elles se produisent à l'endroit même de l'action du traumatisme dont la trace se retrouvera presque certainement dans les organes voisins.

A l'encontre de ces deux sortes de lésions spontanées et accidentelles, les perforations dues à des manœuvres abortives sont fréquentes et n'affectent pas de siège particulier ; on peut les rencontrer non seulement à n'importe quelle période de la gestation, mais aussi sur toutes les parties de l'utérus, sur sa paroi postérieure, vers une de ses cornes, et plus rarement sur le milieu d'une de ses parois. Nous trouvons dans Tardieu 4 exemples de cette diversité du siège des perforations dues à des manœuvres criminelles.

Pour ce qui concerne les déchirures par arrachement, dont les effets sont analogues à ceux des interventions obstétricales maladroitement dirigées, on les rencontrera habituellement vers le segment inférieur de l'utérus et surtout à la réunion du col avec l'utérus.

Étendue. — L'étude comparative de l'étendue des ruptures spontanées et de celle des perforations dues à des manœuvres abortives donnera également à l'expert de très précieux renseignements. En effet, dans les ruptures spontanées, l'étendue de la lésion est toujours bien plus grande que dans les déchirures dues à un instrument traumatique plus ou moins aigu et l'on sait que, dans ce derniers cas, souvent la plaie reproduira et la forme et les dimensions de l'agent vulnérant.

Toutefois, et nous l'avons déjà vu plus loin, l'expert devra tenir compte des modifications comme de l'agrandissement de la plaie que le processus inflammatoire aura pu apporter dans l'étendue de la lésion sauf bien entendu si la mort a été immédiate ou presque.

Quoiqu'il en soit, cette étendue des ruptures spontanées est généralement si grande que parfois même elle atteindra des dimensions considérables qui seront en rapport avec les diamètres du fœtus, ce qui permettra son passage dans la cavité abdominale.

Disons enfin que les ruptures spontanées aussi bien que les perforations dues à des manœuvres abortives peuvent être complètes ou incomplètes et ne pas traverser toute l'épaisseur de la paroi utérine.

Forme. — De même, l'étude de la forme de la solution de continuité de ces deux sortes de lésions présentera pour le médecin légiste un intérêt décisif et tout à fait caractéristique pour établir son diagnostic différentiel. Ainsi la perforation due à un instrument vulnérant et qui aura été suivie d'une mort rapide par métro-ou pelvi-péritonite, et pour peu qu'elle n'ait pas été

modifiée par un processus inflammatoire et suppuratif, affectera la forme de cet instrument et se présentera comme une plaie en sêton ou comme une rigole, un tunnel ; elle sera toujours assez nette, étroite et indiquée par un épanchement de sang coagulé qui suivra habituellement le trajet de la plaie. On peut concevoir néanmoins que, sous l'influence des contractions utérines, une perforation, qui crée au point atteint un « *locus minoris resistentix* », puisse se transformer en une déchirure et une dilacération des tissus d'une étendue plus ou moins grande. H. Coutagne, et Tardieu ont eu à observer de tels cas où l'on peut se montrer quelque peu réservé sur l'origine véritable de la lésion utérine. Au contraire, toujours la rupture spontanée sera irrégulière et ses bords seront aussi toujours frangés, déchiquetés, contus : c'est là une particularité que l'on ne rencontrera jamais au même degré dans les perforations utérines, même pour les plaies par arrachement. Au cas où la mort aurait tardé ou ne serait survenue que quelques jours après la production de la blessure utérine, la forme de la solution de continuité aura changé : la plaie se sera agrandie, ses bords seront infiltrés de pus et par place seront détruits par un processus ulcératif ou même gangréneux. Sans doute on ne pourra confondre ces caractères avec, comme dit Tardieu, « ces cas de ramollissement gangréneux dans lesquels une ouverture à bords irréguliers, ramollis, fait communiquer la cavité utérine avec un foyer purulent ».

Disons enfin que presque toutes les observations de ruptures spontanées de l'utérus concernent des femmes d'un âge assez avancé et multipares.

Comme complément à cette étude comparative des ruptures spontanées de l'utérus et des déchirures par manœuvres abortives, ajoutons que, souvent aussi l'expert pourrait avoir à apprécier des lésions vaginales analogues à des déchirures utérines. De pareilles plaies d'ailleurs ne peuvent se produire que lors du travail

de l'accouchement et ne surviennent qu'à la suite d'une compression énergique plus ou moins prolongée du vagin par la tête trop volumineuse du fœtus qui séjourne trop longtemps au passage, à moins qu'il ne s'agisse de parois vaginales amincies par un processus pathologique ou anormalement rigides et inextensibles. Sous cette forte pression des déchirures se produiront ou bien la muqueuse vaginale sera le siège d'escharres gangréneuses qui se détacheront plus tard. C'est ainsi que se formeront la majorité des fistules vésico- ou recto-vaginales qu'on rencontre assez fréquemment dans les services de chirurgie.

Or cette compression nécessaire à la production de telles déchirures n'aurait pu avoir lieu si le fœtus n'était pas à terme, si la tête était normale, si la vulve a été franchie sans être dilatée ni déchirée plus que d'habitude ; à plus forte raison ces conditions indispensables à la production de cette compression se trouveront encore bien moins remplies à la période habituelle des avortements c'est-à-dire à 3 à 4 mois de gestation.

Si donc, dans de telles conditions, l'on rencontre une déchirure ou une perforation du vagin ou une paroi vaginale comprimée, contusionnée et présentant des ecchymoses ou des escharres gangréneuses, on ne pourra pas soutenir que ce sont là des lésions spontanées produites durant le travail d'expulsion, car elles constitueront des preuves irréfutables des manœuvres abortives. Nous trouvons dans Gallard 2 cas de ce genre.

Nous n'insisterons pas davantage sur les signes caractéristiques des ruptures spontanées de l'utérus et des perforations par manœuvres abortives et nous pensons en avoir assez dit pour faire comprendre leur valeur dans la solution d'un diagnostic différentiel entre ces deux sortes de lésions.

Nous ajouterons cependant que de plus grandes difficultés surgiront nécessairement si l'autopsie est très tardive et n'a lieu que longtemps après la mort.

L'utérus pourra alors être revenu à ses dimensions normales, être hypertrophié, altéré, présenter des lésions de métrite, etc. L'expert ne pourra dans un tel cas que se montrer réservé pour affirmer si par exemple la métrite constatée est due ou non à un avortement qui aura eu lieu un mois et plus avant la mort.

Avant de clore notre chapitre, mentionnons pour mémoire les cas où l'expert aurait à pratiquer l'autopsie d'une femme morte subitement à la suite d'un reflexe inhibitoire. A moins qu'il n'existe des traces de tentatives de manœuvres abortives, l'expertise médico-légale ne pourra malheureusement aboutir qu'à un résultat négatif.

Ajoutons aussi quelques mots sur une autre cause de mort subite consécutive à des manœuvres abortives, soit l'embolie aérienne ou gazeuse : elle est due à l'introduction de bulles d'air dans un ou plusieurs sinus utérins ouverts par l'instrument abortif et se produit généralement dans l'avortement par ponction de l'œuf ou par décollement des membranes à la suite d'une injection énergétique intra-utérine avec une canule insuffisamment purgée d'air.

Dans ce cas, la présence de sang écumeux dans le cœur droit, la veine cave inférieure, les veines utérines, établira le diagnostic ; mais il faudra aussi se rendre compte si cette écume est due à de l'air ou à des gaz de putréfaction.

D'après les expériences de Dyrenfurt la quantité des gaz de putréfaction trouvés dans le cœur se maintient généralement dans des limites très faibles mais elle est beaucoup augmentée dans le cœur droit dans les cas d'embolie aérienne. Quant à la présence de l'oxygène qui, seule, est caractéristique de la réalité de l'embolie aérienne, Dyrenfurt la démontre par la coloration brun-foncé qu'elle donne à une solution de pyrogallol de soude ou de potasse : si dans les gaz de putréfaction du cœur il n'y a pas d'oxygène, cette coloration reste jaune ou brun-clair. Au contraire, si la solution devient

brun-foncé, on peut conclure à la présence d'oxygène, donc d'air, d'où à une embolie aérienne.

Examen des ovaires. — Le médecin légiste commis pour autopsier une femme soupçonnée morte des suites de manœuvres abortives, ne doit pas, après toutes ces constatations, négliger l'examen des ovaires, examen qui mérite son attention et peut lui fournir quelques renseignements intéressants pour son diagnostic. Disons toutefois que, dans aucun cas, un tel examen ne pourra être considéré comme suffisant pour établir une expertise médico-légale d'avortement criminel. Nous savons en effet qu'à chaque menstrue, la vésicule de Graff, vidée de son ovule qui s'en est échappé, est l'objet d'un processus de transformation kystique et se trouve ainsi quelque temps après remplacée par le corps jaune qui peut avoir le volume d'un grain de millet à celui d'une noisette, avec un diamètre variable de 2 à 10 mm. environ : ce corps jaune est constitué par l'hypertrophie des fragments de la vésicule de Graff déchirée et en voie de dégénérescence granulo-graisseuse : il se colore en jaune citron et présente souvent en son milieu une cavité remplie de sang ou de sérosité qui ne se résorbera qu'avec le corps jaune lui-même ; parfois aussi on y rencontre des cristaux d'hématine. En cas de non fécondation de l'ovule, ce corps jaune s'atrophiera au fur et à mesure, et, après 3 à 4 semaines, il sera réduit à un tubercule scléreux et induré qui lui-même finira par disparaître totalement, laissant à la surface de l'ovaire une cicatrice étoilée.

Mais en cas de fécondation de l'ovule, et dès ce moment le corps jaune s'hypertrophiera rapidement jusqu'aux environs du 4^e mois, atteignant un volume de 15 à 25 mm., et, souvent même, égalant celui de l'ovaire ; à partir du 4^e mois et, jusqu'au terme de la grossesse, le corps jaune diminuera progressivement ; à la fin du 9^e mois il n'aura plus que 7 à 8 mm. et 1 cm.

au moment de l'accouchement à terme ; 2 à 3 mois après l'accouchement, il sera réduit à la surface de l'ovaire à une simple cicatrice rayonnée. Se basant sur cette différence d'évolution du corps jaune, qui, comme on le voit, parcourt un cycle tout autre, selon qu'il s'agit de menstruation ou de gestation, Coste avait voulu voir dans ce fait un caractère anatomique certain de la gravidité récente de l'utérus.

De même de l'absence de corps jaunes récents et de la présence d'un corps jaune ancien, Tourdes croit pouvoir déduire un avortement du milieu de la grossesse, vers le 5^e mois. Mais moins affirmatif il ajoute : « Ce signe n'est pas absolu ; l'ovulation pouvant parfois se produire pendant la grossesse ».

Brouardel pense que c'est aller trop loin et il cite à l'appui une observation de Négrier où l'autopsie d'une fille fit découvrir un corps jaune volumineux analogue à ceux de la gravidité, alors qu'on ne put pourtant constater aucun autre signe de gestation. Aussi conseille-t-il de se ranger à l'avis de Depaul qui dit : « Quoique importantes qu'elles soient, ces différences, il faut l'avouer, ne sont pas assez essentielles, ni d'une constance assez démontrée pour constituer à elles seules une preuve irrécusable qu'une femme a ou n'a pas conçu ».

Comme on le voit, les caractères différentiels du corps jaune de la grossesse et du corps jaune de la menstruation qui reposent sur une différence de dimension, — le premier étant plus volumineux que le second —, n'ont absolument aucune constance et ne peuvent guère être ainsi utilisés en médecine légale. Aussi, l'expert ne pourra-t-il retirer de son examen des ovaires et de la présence d'un corps jaune de plus de 10 mm., qu'un signe, non de certitude, mais seulement de probabilité et de présomption en faveur de l'hypothèse d'une récente gestation.

Autopsie du fœtus. — Une fois achevé l'examen du cadavre de la femme soupçonnée morte des suites

de manœuvres abortives, l'expert, commis dans une affaire d'avortement criminel, devra aussi examiner le produit de la conception dont par hasard la découverte aura pu avoir lieu soit à l'endroit même où la femme aura avorté, soit dans un fossé, un égout, une fosse d'aisances, etc. Et ici, ouvrons une parenthèse pour rappeler que, très rarement, le médecin légiste obtiendra que lui soit présenté le produit expulsé par la femme ; les complices et la femme elle-même avant sa mort, l'auront vite fait disparaître, alléguant qu'ils n'avaient rien remarqué ; ce qui peut être soutenable pour les premières semaines de la grossesse mais non à partir du 2^e mois.

Ajoutons d'ailleurs que le recel et la disparition du produit de la conception seront déjà par eux-mêmes un signe assez caractéristique pour aiguiller un soupçon d'avortement criminel : en effet, un tel empressement à cacher ou à supprimer le corps du délit, contrastera étrangement avec les précautions prises pour le conserver et le montrer à son médecin dans le cas d'avortement naturel ou accidentel.

Quoiqu'il en soit, et, à l'encontre de l'examen post-mortem de la femme, cette autre autopsie du fœtus, si, tout de même elle est rendue possible, ne sera utile que pour diagnostiquer l'âge de la grossesse et par suite celui de l'avortement, par l'étude de ses diamètres, de son poids, de ses points d'ossification, du poids du placenta, etc. Nous ne pouvons nous étendre plus longuement là-dessus et sur ces divers points dont on trouvera le développement détaillé dans tous les traités classiques. Mais une telle autopsie ne donnera que très rarement des éléments utiles à la bonne marche de l'expertise médico-légale et des preuves matérielles de manœuvres criminelles. D'ailleurs cela s'explique facilement si l'on se rappelle que, dans les avortements aussi précoces que le sont les avortements criminels, les lésions dues aux manœuvres abortives atteignent rarement soit l'embryon, à cause de son petit volume,

soit le fœtus qui, flottant dans le liquide amniotique, peut se déplacer avec facilité et ainsi éviter la lésion traumatique que constituera la ponction.

C'est pourquoi, en ce qui concerne ces découvertes de violences quelconques, il est nécessaire pour l'expert de les interpréter avec beaucoup de prudence. On sait en effet que jusqu'au 6^e mois le corps du fœtus est friable et fragile et que la plus légère violence peut entraîner des lésions externes et même internes ; d'autre part même la simple manipulation de ce petit cadavre, qui n'aura pas été recueilli avec toutes les précautions voulues, pourra être cause de déchirures et de plaies. D'où, pour le médecin légiste une possibilité d'erreur à éviter ; cela lui sera d'autant plus facile qu'il s'agira de lésions post-mortem qu'il reconnaîtra par les principaux signes distinctifs des blessures faites pendant la vie et caractérisées par : l'hémorragie, la coagulation du sang, l'écartement des lèvres de la plaie et la rétraction des tissus divisés, le processus inflammatoire dont ils sont le siège, la présence du pus au niveau de la plaie un début de cal s'il s'agit de fractures, la coloration violacée des ecchymoses. L'absence de tous ces signes ajoutée à la fluidité du sang épanché et à sa non coagulation après une incision caractériseront une plaie post-mortem.

Une autre cause d'erreurs résidera dans le diagnostic différentiel des lésions dues à des manœuvres abortives avec les blessures faites durant la vie in-utéro et dues à la puissance et à l'énergie des contractions utérines. On sait, en effet, — et tous les accoucheurs sont d'accord là-dessus, — que ces dernières peuvent produire sur diverses régions du corps du fœtus, non seulement des ecchymoses et des suffusions sanguines externes, mais même des lésions et des plaies profondes (de la cavité abdominale par exemple, d'où peuvent s'échapper les intestins) : parfois aussi, l'on pourrait même constater une décapitation, ainsi que cela ré-

sulte d'une communication que Bonnaire fit à la Société de médecine-légale le 10 mars 1902.

D'autre part tous les traumatismes observés sur le fœtus n'impliquent pas nécessairement des manœuvres criminelles : ainsi, par exemple, une intervention obstétricale lors d'un accouchement à terme ou presque, ou lors d'un avortement naturel ou accidentel, survenant à une époque déjà avancée de la grossesse, peut produire des lésions diverses : — Brouardel nous en cite un exemple, où, ayant à examiner un fœtus de 6 mois $1/2$ qui présentait une déchirure des téguments au pli de l'aîne, il lui fut possible de reconnaître, — le fœtus s'étant présenté par les pieds —, que c'était une lésion d'origine obstétricale. Un autre cas que nous cite aussi le même auteur est celui d'un fœtus trouvé dans la Seine et présentant des lésions au niveau de la tête et de l'abdomen : or ces blessures étaient dues à l'hélice d'un bateau.

De même, — et Brouardel encore nous rapporte un tel cas, — la perforation de la boîte crânienne ou sa cicatrisation en surface pourrait en imposer pour des manœuvres criminelles, alors qu'il pourrait tout simplement s'agir de lacunes d'ossification ; de même aussi la fracture des pariétaux qui pourrait provenir non de violences quelconques, mais, selon Danyau, de la saillie de l'angle sacro-vertébral dans un bassin rétréci ; en outre les vices de conformation que pourrait présenter un fœtus seront parfois le fait non de manœuvres criminelles, mais de traumatismes accidentels subis par la mère durant la grossesse ; ainsi, plusieurs fois, on a vu des femmes expulser des fœtus présentant des difformités crâniennes dues à des coups qu'elles avaient reçus sur la région abdominale ; d'autrefois, le fœtus présentait des fractures multiples ou des ruptures du foie, de la rate qui provenaient aussi d'un traumatisme accidentel subi par la femme gravide. Il en est de même des hémorragies méningées qu'on peut rencontrer dans les mailles de la pie-mère, au

niveau du bulbe, du cervelet, au-dessus ou au-dessous de sa tente, et qui, dans beaucoup de cas, semblent dues à l'aplatissement de la tête lors du passage dans la filière pelvi-génitale. Enfin, on a cité des cas de constriction abdominale qui ont pu amener divers désordres sur le fœtus (atrophie des viscères abdominaux, incurvation du tronc et des membres, etc.).

Dans tous ces divers cas de lésions du fœtus que l'on pourrait attribuer à des traumatismes de la mère ou à un bassin rétréci, le volume du fœtus et l'examen de la mère (dimensions du bassin, déchirure du col et de la fourchette, traces de traumatisme) ainsi que la lecture du dossier et l'interrogatoire des complices, de l'entourage et de la femme, si on a pu l'examiner avant sa mort, ou si elle est vivante, constitueront les éléments du diagnostic.

Mais au cas où l'avortement se serait produit à la suite d'ingestion de substances abortives quelconques on ne trouverait rien de bien caractéristique sur le fœtus, et seuls alors l'examen de la mère vivante ou morte ainsi que l'interrogatoire pourront trancher la difficulté.

Comme on le voit, de tels cas sont assez délicats à solutionner par la simple constatation du fait, et c'est ici que l'interrogatoire — si la femme est vivante — trouvera toute son utilité.

D'autre part, si la femme a succombé, l'intégrité du fœtus ne peut avoir au point de vue de l'expertise médico-légale qu'une valeur toute relative : il se pourrait en effet qu'on ait affaire à un fœtus absolument sain et intact, quoique les manœuvres qui ont provoqué son expulsion, aient causé de très graves lésions dans les organes de la mère, comme, par exemple, la perforation de l'utérus.

Mais il n'en sera plus de même cependant, si l'on rencontre certaines lésions qui ont, elles, une importance capitale, et qui, étant toujours dues à des manœuvres directes surtout par ponction des membranes,

l'injection exceptée, seront ainsi plus faciles à interpréter. Ces lésions seront causées d'ordinaire par une tige rigide introduite dans la cavité utérine ; on les rencontrera d'habitude sur diverses parties du fœtus et, toujours les mêmes en général, sous forme de perforations déterminées par la pointe de cette tige : leur endroit d'élection sera principalement le crâne, la face, le tronc, le pli inguinal, l'aisselle et les fesses quelquefois. Généralement ces plaies seront assez profondes (de 1 à 2 cm.), mais parfois cependant, elles se réduiront à une simple dépression de la peau accompagnée d'un épanchement sanguin ce qui prouvera que ce sont bien des piqûres faites durant la vie du fœtus. D'autres fois on rencontrera de vraies dilacérations, des délabrements d'une étendue plus ou moins grande qu'on reconnaîtra aussi avoir été produits pendant la vie grâce à l'extravasation du sang coagulé.

S'il s'agit de piqûres, il faudra, pour bien en reconnaître la nature, les laver avec soin et disséquer ensuite les téguments pour suivre et décrire le trajet de l'instrument vulnérant. Si on a affaire à des piqûres du crâne, on pourra les trouver sur le sommet de la tête, sur l'occipital, sur la fontanelle antérieure, la région comprise entre le sommet du crâne et les vertèbres cervicales. Ce seront des taches noirâtres qu'il faudra nettoyer pour voir s'il ne s'agit pas de gouttes de sang coagulé ou desséché. Après en avoir observé la forme, on disséquera leur trajet pour voir si elles n'ont pas été faites sur le produit vivant ou mort. Souvent la plaie épousera la forme de l'instrument traumatisant employé. Ainsi, dans un cas, une plaie triangulaire étroite, dont 2 bords étaient droits et formaient un angle aigu alors que le troisième bord était arrondi, fit soupçonner qu'on s'était servi d'un bistouri, ce qui fut confirmé.

Ollivier (d'Angers), (Annales de médecine légale, volume XIII, 1^{re} série) ayant constaté une plaie oblique à bords nets, en conclut à l'usage d'un instrument courbe. Des piqûres sur la tête avec des éraillures al-

longées sur le tronc indiqueront que l'instrument aura glissé. Mais ces piqûres sont rares. Tardieu en a rencontré 5 cas ; Vibert, 2 ; Brouardel, 8. De même Bayard, Ollivier (d'Angers), en fournissent quelques exemples. En janvier 1916, Dervieux en a décrit un cas à la Société de médecine légale. Dans tous ces divers exemples, il s'agit toujours de lésions faites par ponction des membranes.

Souvent, les os de la boîte crânienne pourront être perforés et le cerveau lui-même atteint, ce qui ne pourra que faciliter les recherches ; ainsi dans un cas, où le sinus longitudinal supérieur avait été transpercé, le trajet de la plaie aboutissait à une vaste hémorragie.

Les lésions dues à un instrument mousse ne se révéleront que par des ecchymoses.

D'autre part, si un instrument quelconque a pénétré dans une cavité naturelle (bouche, fosses-nasales, etc.), l'examen extérieur seul suffira révéler à les grands désordres qu'il aura pu causer.

De même en Algérie où les Arabes provoquent parfois l'avortement par inoculation variolique, on pourra aussi avoir à examiner des fœtus couverts de pustules dont il faudra savoir rapporter l'expulsion et la mort à leur vraie cause.

Souvent aussi il se peut que, malgré le but cherché par toutes sortes de violences, le résultat en soit négatif et que la grossesse continue son évolution quoique le fœtus ait pu être lésé. Tarnier a rapporté un cas de ce genre en présentant en 1872 à la Société de chirurgie un enfant de 1 jour, né avec une cicatrice de la boîte crânienne.

Au cas où l'avortement anticiperait l'expulsion prématurée d'un fœtus viable et au cas où celui-ci aurait été immédiatement tué à sa venue au monde, outre des lésions d'avortement, l'expert aurait à constater des lésions d'infanticide ; dans ce cas, la docimasie pulmonaire et la présence d'ecchymoses sous-pleurales montreront que le fœtus a vécu.

En outre la constatation de l'état général du corps du fœtus permettra à l'expert de se rendre compte de son séjour plus ou moins prolongé dans la cavité utérine depuis l'emploi des manœuvres abortives et fournira ainsi des indications précieuses sur la date et la nature de sa mort. On notera ainsi une teinte rouge-brun caractéristique pour un court séjour : mais si ce séjour s'est quelque peu prolongé, le petit cadavre sera ridé, desséché, momifié ; d'autre part si la grossesse était peu avancée, il sera transformé en une masse gélatiniforme. Ainsi dans une observation où un médecin prétendait que la mort du fœtus datait d'une dizaine de jours avant l'avortement et qu'elle avait été causée par une chute de la mère, Tardieu put démontrer qu'il n'en était rien par l'état de fraîcheur du fœtus, la bonne conformation de tous ses organes et surtout par le fait qu'il n'était pas macéré, la macération survenant toujours après un séjour prolongé dans la cavité utérine.

On voit tout le parti que l'on peut tirer en médecine légale des diverses altérations et modifications qu'a subies le fœtus dans la cavité utérine. D'où la nécessité pour l'expert de connaître le mode de production de ces diverses altérations et de ne pas négliger ces moyens précieux d'investigation pour arriver à bien établir son diagnostic.

Ainsi la macération et la momification se produiront quand l'œuf n'aura pas été ouvert, ce qui exclura la possibilité des manœuvres abortives par ponction des membranes, sauf bien entendu si elles ont causé par voie indirecte la mort du fœtus. Par contre, la putréfaction qui ne peut se produire que par l'entrée de l'air dans l'œuf supposera son ouverture et la perforation des membranes. La macération se produit par le fait que le fœtus baigne dans le liquide amniotique qui le conserve, soit que sa mort soit due à l'ingestion de substances abortives, soit qu'elle résulte du décollement des membranes par injection, cela, à moins que l'ex-

pulsion ne s'en suive aussitôt. Quant à la momification, elle est due à la résorption du liquide amniotique et à l'hypertrophie des membranes par suite d'une hypernutrition ; elle se produit dans les mêmes conditions que la macération.

Bien entendu, ces diverses altérations pourront survenir quelle que soit la cause de la mort du fœtus, d'où la nécessité pour l'expert de chercher à savoir, par un diagnostic différentiel, si cette mort est bien le fait de manœuvres directes ou indirectes (par décollement des membranes, ponction, ingestion de substances abortives), ou si elle est dûe à quelque état pathologique préexistant, soit de la mère, soit du fœtus ou de ses annexes (placenta, membranes).

Enfin, au cas où seul le fœtus présenterait des lésions indiquant un avortement criminel, l'expert aura une autre difficulté à résoudre, celle de découvrir si le produit expulsé appartient bien à la femme inculpée. Alors se poserait pour lui la nécessité : 1^o de chercher les symptômes de grossesse et d'expulsion récente ou ancienne chez la femme vivante, et, 2^o si la femme est morte, celle de pratiquer l'autopsie du cadavre.

Cela ne sera toujours pas facile, ni possible, mais on peut arriver tout de même, sinon à une preuve exacte, du moins à une présomption ; 1^o par la détermination de l'âge du fœtus, sa concordance avec l'époque de la grossesse à laquelle était parvenue la femme qui vient d'avorter ; 2^o par le rapprochement des lésions constatées sur le fœtus et sur la mère présumée ; 3^o enfin, par leur corrélation et la connaissance du moment où elles se sont produites, ainsi que de la cause qui les a déterminées. Les circonstances où toutes ces conditions de corrélation seront remplies sont en effet rares, mais elles peuvent se présenter comme dans un cas que nous rapporte Gallard.

Enfin l'expert devra voir si son examen post-mortem du produit de la conception porte sur un avortement récent, chercher si les annexes (placenta et membranes),

ne présentent aucune trace de lésions, de déchirures, de blessures dont il notera la situation, la forme, les dimensions.

Pour ce qui concerne les membranes, et sans vouloir revenir sur ce sujet que nous avons traité lors de l'examen de la femme vivante (avortement récent), nous nous contenterons d'en rappeler brièvement les idées classiques.

« Tout avortement qui se fait dans les trois premiers mois, doit se faire en bloc », dit Gallard, c'est-à-dire, que l'expulsion de l'œuf entouré de ses membranes doit avoir lieu en une seule fois : c'est l'avortement ovulaire. « Quand l'œuf présente des déchirures et à plus forte raison si les membranes se sont retournées, ajoute le même auteur, ce sera la preuve qu'une main criminelle aura déterminé l'avortement », surtout si l'on n'y constate aucune lésion pathologique.

De même, Pozzi a ainsi solutionné la question de la façon suivante : « La consommation de la fausse-couche en une seule hémorragie est une considération qui plaide pour l'élimination de l'œuf mort naturellement petit à petit, tandis que l'expulsion avec hémorragies répétées est due à des manœuvres ayant entraîné la mort violente de l'œuf ».

Après le troisième mois, la rupture des membranes est la règle : l'avortement se produit en deux temps et l'expulsion se fait dans l'ordre suivant : 1^o le fœtus, et 2^o les annexes (placenta et membranes). C'est l'avortement embryonnaire ou fœtal et dans ce cas là une des complications toujours possible et assez fréquente est la rétention placentaire et membraneuse.

D'après Gallard cette rétention avant cinq mois doit faire penser à un avortement par perforation des membranes.

Nous avons précédemment rappelé les discussions qui eurent lieu là-dessus et nous les résumerons en disant qu'en somme il n'y a qu'un seul point où tous les auteurs et tous les accoucheurs sont d'accord :

c'est qu'en général pendant les trois premiers mois de la grossesse, l'avortement se fait en un seul bloc qui comprend l'œuf et son contenu et qu'après le troisième mois l'expulsion se fait en deux temps. Pour le reste, ni la rupture des membranes, ni leur retournement, ni leur rétention ne peuvent être considérés comme un signe évident d'avortement criminel quelle que soit la période de la grossesse où s'est produite l'expulsion de l'œuf, surtout si on n'a que ce seul signe pour baser le diagnostic. D'ailleurs, même si on le constate au cours des premiers mois de la grossesse, on ne peut en déduire un signe de certitude de manœuvres criminelles. Car, ainsi que l'a dit Charpentier, quoique dans les avortements spontanés jusqu'à la sixième semaine, l'intégrité de l'œuf soit la règle, il n'en est pas moins certain que, soit des lésions pathologiques du placenta ou des membranes, soit un accident peuvent amener sa déchirure.

D'ailleurs, de la sixième à la dixième semaine, on rencontre déjà plus fréquemment les déchirures de l'œuf dans les avortements spontanés et après la dixième semaine elles deviennent la règle.

Quoiqu'il en soit, le médecin légiste aura à procéder rarement, dans la pratique courante, à des expertises d'avortements provoqués avant le deuxième mois de la grossesse. Mais au cas où, par exception, dans une grossesse ne datant que de deux mois, il rencontrerait une rupture des membranes, il ne pourrait, selon les conseils de Charpentier, qu'en noter tout simplement le fait dans son rapport, sans vouloir considérer ce seul signe comme caractérisant un avortement criminel.

Dans un tel cas, toujours possible, sa conduite devra être la même que celle qu'il aura observée lors de l'autopsie de la femme, où en présence d'un décollement périphérique des membranes sans ramollissement, ni dilatation du col, il n'aura pu considérer ce signe comme infaillible et pathognomonique d'une intervention directe, ainsi que le voulait Devergie : cette particularité,

en effet, peut se produire, comme on le sait, en dehors de tout travail et de toute manœuvre directe, comme par exemple, à la suite d'un accident (chute, coup) d'une intoxication, d'ingestion de substances dites abortives, soit même à la suite d'une excitation nerveuse de l'utérus, s'il est irritable, (titillations, toucher, examen obstétrical, forceps, etc.). Aussi, en cas de trouvaille d'une rupture des membranes, l'expert devra toujours établir un diagnostic différentiel pour savoir si elle n'est pas le fait d'un accident ou d'une lésion pathologique de quelque nature qu'elle soit.

En outre les lésions du placenta, (telles que hypertrophie, processus de nécrose, infractus, etc.) ne sauraient être rapportées à des manœuvres abortives surtout directes et pourraient tout simplement provenir d'un état pathologique préexistant de la mère. D'autre part, — nous l'avons déjà dit — l'examen du cordon ou d'un fragment pourra aussi donner des indications utiles à l'expertise. Ainsi un cordon macéré proviendrait presque certainement d'un produit de conception ayant séjourné quelque temps dans l'utérus, ce qui prouvera une mort naturelle par maladie, donc un avortement spontané, de même par l'examen des 3 vaisseaux du cordon, et si, seule, la veine contient du sang alors que les 2 artères sont vides, on pourra en déduire que le produit de la conception était vivant au moment de son expulsion, donc que sa mort et son expulsion sont le résultat d'un avortement. D'un autre côté, l'absence même du fœtus qui fait toujours soupçonner des manœuvres abortives ne prouvera nullement l'intervention criminelle, car si la mort est survenue au cours des 3 premiers mois et si l'embryon ou le fœtus a séjourné assez longtemps dans l'utérus avant d'être expulsé, il est possible qu'on n'en trouve que des traces et même pour ainsi dire plus de germe. L'embryon ou le fœtus aura subi une dissolution plus ou moins complète, et l'on sera en présence, soit de débris fœtaux, soit d'un « œuf vide », d'un « œuf clair ».

Bien entendu, si le fœtus ainsi que les annexes présentent des lésions d'ordre pathologique, l'expert devra en faire le diagnostic différentiel, pour voir s'il ne s'agit pas d'un avortement naturel ou accidentel et, parmi ces lésions possibles, signalons par exemple, l'hydramnios, le placenta syphilitique, les affections cardiaques, les hémorragies provenant de coups, chutes, etc.

D'ailleurs, l'examen de la femme soit vivante soit morte, — si cet examen peut avoir lieu, — ainsi que l'interrogatoire et la lecture du dossier donneront la solution des causes possibles d'avortement naturel ou accidentel. Lors de l'étude de l'examen de la femme durant la vie et post-mortem, nous énumérons ces différentes causes. En les éliminant, l'expert pourra ainsi par l'examen et l'autopsie du fœtus qui lui seront d'une grande utilité compléter et poser son diagnostic sur des bases solides.

Avant de terminer notre chapitre mentionnons l'utilité de la reconnaissance et de l'identification de l'instrumentation ainsi que des substances abortives saisies par la police au domicile des inculpés. Pour ces dernières, un examen botanique, microscopique et toxicologique sera généralement nécessaire pour en déterminer la nature.

Nous ne nous attarderons pas à l'étude de ces instruments et de ces substances « aussi variées qu'impuisantes » comme dit Tardieu, et dont on trouvera la description détaillée dans tous les traités de médecine légale.

IV.

DIAGNOSTIC DE L'AVORTEMENT APRÈS EXHUMATION.

L'utérus, l'organe le plus important de la gestation, est aussi celui qui se conserve le plus longtemps après la mort, surtout chez les primipares et c'est la partie du corps de la femme qui est envahie la dernière par la putréfaction. D'où la possibilité de l'examen complet de cet organe même très longtemps après l'inhumation et, par voie de conséquence, la facilité incontestable d'un diagnostic de grossesse et d'avortement post-humus. Aussi, c'est très souvent même que ces exhumations sont ordonnées par le Parquet et que l'expert se trouve ainsi commis pour pratiquer l'autopsie qui lui permettra de poser son diagnostic, même si la femme est morte depuis plusieurs mois.

Nous trouvons dans les auteurs de pareils exemples et Brouardel en rapporte 2 cas dont un après 16 mois 1/2 d'inhumation où il trouva l'utérus dans un état de conservation relativement assez bon et où il put poser un diagnostic d'avortement et de grossesse d'un peu plus de 3 mois. De même, on le verra plus loin, Fochier et H. Contagne ont démontré au bout de plusieurs mois un cas d'avortement criminel (*Archives d'anthropologie criminelle*, 1887, tome II, page 148). De même aussi Polaillon diagnostiqua un accouchement après 18 jours d'inhumation de la femme (*Société de Médecine légale*, 9 juillet 1877).

Dans des cas pareils, il faut, pour faciliter les recherches, placer l'utérus dans un bocal rempli d'alcool

à 90°, afin de débarrasser la matière colorante du sang et faire durcir son tissu.

Mais à l'encontre de ce que l'on fait ordinairement quand l'autopsie n'est pas trop tardive, il faut ici prolonger quelque temps ce bain de l'utérus dans l'alcool, soit environ 3 semaines. Ce ne sera ainsi qu'au bout de ce laps de temps de macération, que l'ayant dépouillé de ses annexes, on en fera l'examen ; d'abord macroscopique en s'aidant de la loupe, puis microscopique sur des coupes successives et aussi minces que possible du col et du corps de l'utérus.

C'est ainsi que, par le relevé du volume de cet organe, par celui de son poids et de ses dimensions, par l'épaisseur de ses parois, par la constatation d'une surface tomenteuse intra-utérine, d'une insertion placentaire, de petites déchirures du col, dues sans doute, ainsi que son amincissement et l'écrasement plus ou moins prononcé de ses parois, au passage d'une tête de fœtus, par la découverte sur cette partie de l'utérus, ainsi que sur l'utérus lui-même, de lésions causées par des instruments traumatisants, par la comparaison enfin des chiffres relevés avec ceux d'un utérus nullipare et multipare, compte tenu, bien entendu, de la rétraction de l'utérus après l'expulsion du produit de la conception, c'est ainsi, disons-nous, que l'expert arrivera généralement à poser son diagnostic rétrospectif de grossesse ainsi que d'avortement criminel, et à en connaître l'époque approximative.

En outre, l'étendue de l'insertion du placenta et l'examen histologique même de fragments de la paroi utérine pourront lui donner des renseignements plus précis et lui permettre de reconnaître jusqu'au 3^e mois la structure de la caduque sérotine ainsi que celle des villosités placentaires.

V.

CONDUITE A TENIR DU MÉDECINLÉGISTE.

Arrivé au terme de notre étude il nous reste avant de conclure à indiquer la conduite à tenir du médecin-légiste dans les affaires d'avortement.

Nous avons vu tout au long de notre travail les principales difficultés qu'il aura à résoudre ainsi que les nombreux cas qui pourraient se présenter à sa sagacité : nous avons vu de même la façon dont il devra s'y prendre pour éviter les écueils, les erreurs et les embûches et pour éliminer par un diagnostic différentiel les multiples causes possibles d'avortement. Aussi, sans vouloir rééditer tout cet exposé ni revenir sur tout ce que nous avons dit à ce sujet, nous pouvons tout de même en déduire que la conduite du médecin légiste, dans les expertises d'avortement, devra être toute de réserve et qu'il devra s'appuyer non sur des hypothèses ou un interrogatoire plus ou moins suspect, mais sur des constatations de visu et sur son examen pratique de la femme et du fœtus soit durant la vie, soit post-mortem, soit après exhumation. En outre connaissant la façon de procéder des professionnels de l'avortement, leurs moyens ordinaires de défense, les conséquences des manœuvres abortives pour la mère et pour le produit de la conception, le médecin légiste devra rapprocher toutes les circonstances du fait et comparer les caractères de l'avortement criminel avec ceux de la fausse couche naturelle, ou accidentelle, ainsi qu'avec

ceux de l'avortement thérapeutique pour pouvoir en tirer le plus de preuves possibles.

D'ailleurs deux exemples d'expertises synthétiseront mieux encore la conduite à tenir du médecin légiste dans les affaires d'avortement.

La première, l'affaire Boileux et Lajarrige, on en trouvera la description détaillée dans l'ouvrage « l'Avortement » de Brouardel, la deuxième, l'affaire du Dr B... de... C... (Bas-Rhin), nous la devons à l'amabilité de notre maître le professeur de médecine légale M. Chavigny et nous en donnerons un bref résumé.

Enfin, pour montrer la multiplicité des cas, que peut avoir à examiner et à résoudre le médecin légiste, nous reproduirons le résumé de deux communications faites à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg, la première par le Dr Reeb, chargé de Cours à la Faculté de Médecine de cette ville ; la deuxième par le Dr P. Burger « Séances des 2 juillet 1927 et du 3 mars 1928 ».

Ces deux communications nous les empruntons au « Strasbourg Médical », n^{os} des 20 septembre 1927 et 5 juin 1928.

En même temps, nous terminerons par la citation de 2 observations que nous empruntons à la thèse du Dr Biecheler et que nous trouvons dans le « Strasbourg-Médical » du 20 mai 1928.

La première concerne un cas de « mort après avortement sans lésion anatomique constatable » et est due au Professeur Nippe de Königsberg. La deuxième se rapporte à un cas de « mort par embolie aérienne à la suite de manœuvres abortives et est due au Dr Kurt Walcher de Munich.

VI.

AFFAIRE DU Dr B... DE C... (BAS-RHIN).

Il s'agit d'un cas se rapportant à une jeune fille décédée presque subitement et d'une façon suspecte malgré le permis d'inhumer délivré : à ce décès un médecin fut fortement soupçonné d'avoir contribué par les manœuvres abortives qu'il aurait pratiquées sur la jeune fille.

Cette affaire entraîna une exhumation le 22 décembre 1922, soit 5 mois après la mort qui avait eu lieu le 24 juillet de la même année et donna lieu à une expertise et à un rapport du professeur Chavigny, rapport dont nous extrayons les passages les plus saillants :

Après la description de l'aspect extérieur du cadavre, le professeur Chavigny ajoute : « L'ouverture du corps est faite en commençant par l'abdomen, région la plus importante en raison des recherches demandées. Les divers plans de la cavité abdominale sont facilement reconnaissables. Dans le péritoine aucune trace d'épanchement qui puisse être rapporté à une suppuration ou à une hémorragie terminale. Les anses intestinales sont simplement desséchées flétries et accolées contre la colonne vertébrale. Pas de lésions perceptibles sur la surface de ces anses. L'utérus est en place parfaitement reconnaissable et il est aisé de se rendre compte de ses dimensions. D'ailleurs cet utérus a été, après constatation directe, prélevé et conservé de façon qu'on puisse procéder, si cela était nécessaire, à toute contre expertise désirable.

Cet utérus a la forme d'un sac vide mesurant 10 cm. dans sa plus grande largeur. Il présente l'aspect d'un utérus gravide chez une femme dont la grossesse est parvenue au 3^e ou 4^e mois.

Cet utérus ne présente aucune trace de perforation, sa paroi est absolument intacte.

Dans l'intérieur on trouve quelques caillots sanguins de petites dimensions mais on ne trouve pas trace d'un embryon. Le col est largement dilaté. Il apparaît que c'est l'utérus d'une femme qui a eu récemment un accouchement et chez laquelle l'involution utérine n'a pas eu le temps de se produire. D'après l'ensemble des constatations faites, il semble probable que l'expulsion du fœtus ne devait pas dater de plus de quelques jours, 6 jours au plus.

Dans le thorax, le cœur est reconnaissable dans toutes ses parties. Il a été incisé et il n'a pas été constaté de lésions valvulaires, ni d'augmentation de volume. Les poumons sont ratatinés contre la colonne vertébrale où ils se présentent comme deux moignons du volume du poing. Impossible de reconnaître s'ils ont été le siège de lésions terminales. Pas de lésions tuberculeuses des sommets. Le crâne a été ouvert. En l'absence de toute trace de fissures de la voûte du crâne, l'ouverture du crâne a été faite au marteau. Le cerveau se présente sous forme d'une masse très réduite de volume, mais dont toutes les parties sont facilement reconnaissables. Pas de trace d'une hémorragie cérébrale.

D'après l'ensemble des constatations faites, il résulte de cette autopsie que

1^o le cadavre examiné est celui d'une femme qui a accouché d'un fœtus ayant environ 3 mois ou 4 mois, à une époque très rapprochée de la mort, 6 jours au plus.

2^o Je n'ai pas constaté de traces de manœuvres abortives.

3° Je n'ai pas pu déterminer les causes immédiates de la mort.

4° Il apparaît de façon très nette, malgré l'ancienneté de l'inhumation, que la demoiselle S. avait fait peu de temps avant sa mort une fausse couche.

5° Elle n'était plus enceinte au moment de sa mort.

6° Aucune des constatations faites au moment de l'autopsie ne permet de rapporter la mort soit, à une affection du cœur soit, à une hémorragie cérébrale.

7° Au niveau des genoux, aucune altération perceptible n'a été retrouvée. D'ailleurs il faut se rappeler que la défunte avait fait encore le matin même de sa mort une course en bicyclette ce qui concorde avec les constatations négatives directes de l'autopsie.

8° D'après les renseignements tirés de la lecture du dossier et après confrontation de ceux-ci avec ceux de l'autopsie, il m'apparaît que la cause de la mort semble devoir être rapportée aux accidents d'un avortement récent.

VII.

RÉSUMÉ DE DEUX COMMUNICATIONS FAITES A LA SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE DE STRASBOURG.

Les faits rapportés dans ces deux communications achèveront de nous montrer combien, dans les affaires d'avortement, multiples et variés peuvent être les cas qu'aura à élucider le médecin légiste.

1^o Séance du 2 juillet 1927. — M. Reeb : « Avortement criminel par injection intra-utérine de sublimé. Mort. Recherche du sublimé dans le sang, les urines, l'exsudat péritonéal ».

« Après avoir rappelé brièvement 2 observations d'injections intra-utérines pratiquées avec de l'alun et du lysol concentré dans un but criminel et dans lesquelles le liquide avait pénétré dans la cavité abdominale, l'auteur rapporte une nouvelle observation dans laquelle une femme s'était faite une injection intra-utérine de sublimé à 1/500 pour interrompre sa grossesse datant de 10 semaines. Le liquide pénétra par la trompe droite dans la cavité péritonéale et fit une péritonite toxique. La résorption du poison fit en outre une néphrite et une hépatite aiguë : la femme succomba 24 heures après l'injection. A l'autopsie, on constata, outre une péritonite, une néphrite et une hépatite toxique, une nécrose de la muqueuse utérine et des pavillons des trompes due à l'effet corrosif du sublimé. A l'examen chimique on put déceler du mercure dans l'exsudat péritonéal, dans le sang, et dans les urines ».

2^o Séance du 5 juin 1928. — M. Paul Burger : « Gros-

sesse et pyosalpinx aigu avec vomissements incoërcibles. Suite de manœuvres abortives aboutissant à un avortement ».

Rapport sur un cas de grossesse se compliquant de pyosalpinx aigu par suite de manœuvres abortives dans la 6^e semaine.

Pendant l'évolution lente de l'affection annexielle, vomissements pris pour des vomissements incoercibles de la grossesse. L'incertitude du diagnostic empêche une intervention opératoire qui est la règle, vu le grand danger de perforation de ces pyosalpinx dans le péritoine. Avortement spontané, mi 3^e mois, nécessitant curetage exécuté avec grande précaution. Quelques jours plus tard perforation du pyosalpinx dans le rectum. Considérations générales sur la co-existence de grossesse et affections annexielles inflammatoires aiguës au point de vue origine (annexite chronique réveillée, appendicite péricécalite et ascension directe, interventions criminelles, endométrite, infection de la caduque): symptomatologie (souvent très imprécise): diagnostic parfois très difficile: pronostic très sérieux, autant pour la mère, que pour la conservation de la grossesse et le traitement qui doit être actif à l'encontre de celui du pyosalpinx aigu en dehors de la grossesse, et, dans la 2^e moitié de la grossesse tenir autant que possible compte de la viabilité de l'enfant.

RÉSUMÉ DE DEUX OBSERVATIONS DE LA THÈSE DU D^r BIECHER.

1^{re} « Mort après avortement sans lésion anatomique constatable ». — Pr. Nippe, Königsberg, D. Z. vol. VI, années 1925/26, page 529. « L'auteur cite un cas où une simple injection avec un liquide inoffensif a déterminé la mort chez une femme âgée de 33 ans; il cite les différentes opinions émises pour expliquer ces morts quand aucune lésion anatomique ne peut être décelée; le choc des auteurs français; l'irritation péritonéale par passage du liquide dans la cavité péri-

tonéale par les trompes (à exclure dans ce cas) l'embolie cérébrale qui ne saurait être possible sans embolie cardiaque. L'auteur conclut en disant qu'aucune explication précise et valable n'a pas encore été fournie». « *Strasbourg Médical* », 20 mai 1928.

2° « A propos de l'appréciation médico-légale de l'embolie aérienne ou gazeuse consécutive à un avortement criminel... » Dr Kurt Walcher, Munich, D. Z., vol. V, année 1925, page 361.

« Il s'agit d'une jeune femme de vingt-deux ans trouvée couchée à terre dans une chambre fermée à clef. et présentant des convulsions : à côté d'elle, se trouvaient des instruments d'avortement. Hospitalisée dans une clinique, son état comateux ne s'améliore pas : les mouvements cloniques, le trismus, la contraction tétanique, l'exagération des réflexes firent penser à un tétanos ou même à une intoxication par la strychnine ; un souffle systolique était perceptible à tous les foyers. Cliniquement le diagnostic ne fut pas posé. La femme mourut 78 h. après le début de ces symptômes aggravés par une complication sous forme de pneumonie de la base droite.

Les recherches anatomo-pathologiques qui portèrent surtout sur le cerveau permirent de faire le diagnostic d'embolie cérébrale aérienne ou gazeuse dans un cas d'avortement criminel chez une femme enceinte présentant en outre au niveau du cœur une persistance du faramen ovale.

Dans de tels cas la difficulté d'un diagnostic différentiel avec une intoxication, une affection cérébrale, est très réelle et l'interprétation des symptômes cérébraux survenus subitement chez des femmes pubères, doit toujours être très délicate et très minutieuse. Aussi l'observation des circonstances accompagnantes est-elle souvent nécessaire et décisive — « Recherche d'instruments abortifs » — pour établir le diagnostic que viendra consolider l'examen histologique du cerveau, surtout dans les cas immédiatement mortels.

VIII.

CONCLUSIONS.

Notre travail n'étant qu'une vue d'ensemble et une mise au point du diagnostic de l'avortement criminel, voici à notre avis quels sont les principaux cas que l'expert pourra avoir à résoudre.

1° La négation de la grossesse et, avec elle, la difficulté réelle d'un diagnostic chez une multipare, si l'examen de l'expert n'a lieu que plusieurs semaines après l'expulsion d'un produit de conception de 3 à 4 mois.

2° La fausse couche naturelle ou accidentelle dont l'expert aura à vérifier la sincérité.

3° L'usage de substances abortives, dont la présence au domicile d'une inculpée, est déjà suspecte par elle-même, et dont la femme et les complices affirmeront s'en être servies comme emmenagogues pour rappeler des règles douloureuses et irrégulières ; allégation dont l'expert aura à vérifier la véracité ou la fausseté.

4° L'emploi de manœuvres directes au moyen d'instruments, où l'on invoquera l'ignorance de la grossesse et la nécessité d'intervention pour cautériser des ulcérations du col, extraire un polype, corriger une déviation utérine, pratiquer un examen radiologique (hystérographie ou salpingographie), et ainsi, justifier l'usage du thermo- ou du galvano-cautère, des caustiques, de l'hystéromètre et de l'injection opaque intra-utérine de lipiodol, d'umbrénal, de contrastol ; toutes affirmations que l'expert aura à contrôler.

5° Un autre prétexte invoqué sera l'urgence de l'interruption de la grossesse par suite de vomissements incoercibles, d'hydramnios, de placenta prævia, de dystocie pelvienne, etc. Seule cette dernière allégation pourra être vérifiée : quant aux autres accidents, ils auront disparu avec la gravidité ; et l'expert, en plus de son examen, devra alors faire appel à l'interrogatoire et aux commémoratifs, pour voir si l'avortement thérapeutique était justifié ou non.

6° Une excuse également possible de l'avortement est celle d'une grossesse molaire. L'expert n'aura pas de peine ici à établir son diagnostic par la présence ou l'absence de ces deux principaux signes : 1° l'âge de la femme ; 2° les hémorragies répétées.

7° En présence d'une perforation utérine plus ou moins altérée par un processus gangréneux, on invoquera le prétexte d'une perforation gangréneuse spontanée. La rareté d'un tel accident, son évolution rapide et grave, sa grande étendue, la forme de ses bords déchiquetés, frangés, et la nécessité d'une plaie ou d'un traumatisme pour donner lieu à la gangrène perforante de l'utérus, constitueront pour l'expert de précieux éléments de diagnostic.

8° De même à la suite d'une perforation utérine à bords plus ou moins nets, on voudra prétendre que c'est une rupture spontanée de l'utérus. Le fait qu'un tel accident ne se produit que durant le travail, et à une époque déjà avancée de la grossesse, sa rareté, sa cause, qui réside, soit dans une dystocie pelvienne (bassin rétréci), soit dans une rigidité persistante du col, soit dans un état pathologique antérieur des parois utérines, des annexes ou du fœtus (hydrocéphalie ; hydramnios), son évolution ; tels seront les principaux signes différentiels que le médecin légiste aura à sa portée pour établir son diagnostic.

9° Quant aux cas de mort subite, ils seront mis sur e compte de l'inhibition et cette assertion sera diffi-

cilement contrôlable, à moins qu'il n'existe des traces de tentatives de manœuvres abortives.

10° Parfois, aussi, on voudra induire en erreur l'expert, en affirmant, outre la fausse couche naturelle, la mort préexistante du fœtus des suites de maladie (hydramnios, syphilis etc.), ou d'accidents, et son séjour prolongé dans l'utérus avant son expulsion. Par l'état de macération ou de momification du fœtus, ainsi que par la connaissance de l'accident ou de l'état pathologique incriminé, par l'examen du placenta, des membranes, le médecin légiste aura tôt fait de voir le cas qu'il pourra faire de pareilles affirmations.

11° Un dernier point à élucider dans les expertises d'avortement est celui de l'âge de l'avortement, les inculpés cherchant souvent soit à faire croire à la non-existence de la grossesse et de l'expulsion d'un produit de conception, soit à masquer l'âge de la grossesse pour justifier la croyance à un retard des règles, ainsi que l'emploi de moyens propres à les rappeler.

L'interrogatoire, l'examen obstétrical ou post-mortem, et l'examen du fœtus, du placenta donneront la clef de la solution et poseront le diagnostic.

12° Rappelons enfin pour mémoire les cas exceptionnels d'avortement simulé que l'expert n'aura pas de peine à dépister par les signes d'absence de la grossesse et d'une expulsion récente d'un produit de conception, ainsi que par l'interrogatoire.

En même temps signalons les cas possibles où la responsabilité du médecin et de la sage-femme peut se trouver engagée de bonne foi et à tort (emploi de l'hystéromètre pour mesurer le degré de déviation de l'utérus dans certaines affections utérines ou pour reconnaître si le col est rétréci, cautérisations du col à l'aide d'un caustique, du thermo- ou du galvano-cautère, exploration et toucher sur un utérus irritable, cas où le médecin et la sage-femme seraient trompés sur la réalité d'une grossesse et pratiqueraient une injection intra-utérine d'umbréнал, de lipiodol, etc. pour un examen ra-

diologique de l'utérus ou des trompes, cas où, sitôt après les manœuvres abortives pratiquées (ponction ou décollement des membranes) la femme fait appeler un médecin qui croira avoir à faire à une fausse couche naturelle ou, s'il connaît la vérité, sera lié par le secret professionnel, ce qui, si le fait vient à être connu pourra le faire considérer comme complice dans une affaire d'avortement criminel. Les commémoratifs, l'interrogatoire, le diagnostic des affections utérines, annexielles ou du col ayant nécessité des soins, la constatation de l'irritabilité de l'utérus, par exemple, ou de l'impossibilité de reconnaître une grossesse commençante permettront à l'expert de mettre hors de cause le médecin ou la sage-femme inculpés à tort.

Ainsi donc les expertises d'avortement comportent bien souvent une large part de difficultés réelles et parfois même insurmontables ; il n'en est pas moins vrai aussi, qu'il sera souvent possible à l'expert, à l'aide des données de la science, de bien établir son diagnostic, ce qui lui permettra dans beaucoup de cas d'arriver à la notion d'avortement criminel, de découvrir la vérité, d'éclairer la justice et de répondre ainsi aux questions posées par le juge d'instruction, questions qui généralement se rapporteront au fait, à la date, aux causes, etc., de l'avortement.

Vu :

Le Président de la thèse :

CHAVIGNY.

Vu :

P. le Doyen de la Faculté :

L'Assesseur

MERKLEN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Strasbourg

Président du Conseil de l'Université

Chr. PFISTER.

BIBLIOGRAPHIE.

- ALAIN (Joseph) : Du Fœticide thérapeutique. Thèse de Bordeaux, 1900.
- Annales (Les) de Médecine légale. Année 1926, page 159 (Indications sur l'Avortement en Russie).
- AUBIN (Noël) : Recherche médicale de la Criminalité dans l'Avortement. Thèse de Paris, 1885.
- BALTHAZARD : Précis de Médecine légale. Paris, 1921.
- BAR (Paul) : Leçons de Pathologie obstétricale, 1907.
- BAUSSET (Eugène) : De l'Avortement criminel. Thèse de Paris, 1907.
- BAYARD (Henry) : Manuel pratique de Médecine légale. Paris, 1844.
- BELIN (Léo-Charles) : De la Mortalité par inhibition dans l'Avortement criminel. Thèse de Paris, 1897.
- BERGER (Paul) : Des sensations perçues par la femme pendant les manœuvres d'avortement. Annales de médecine légale, 1882, 3^e série, tome VIII.
- BERTHÉLÉMY : L'Avortement. — 1917.
- BERTILLON (Georges) : L'Avortement au point de vue médico-social et sa répression. Rapport au Congrès des Praticiens, 7 avril 1910.
- BIECHELER (Dr A.) : Les travaux récents de médecine légale en Allemagne. Thèse de Strasbourg : — « Strasbourg-Médical », du 20 mai 1928.
- BLONDEL : Statistique de 100 cas d'avortement criminel. Annales de la société obstétricale de Paris, 10 mars 1902, page 135.
- BOEHMER (Kurt) : Contribution à l'étude sur la démonstration de sang menstruel. Kiel, D. Z. vol. X, année 1927, p. 430.
- BOSSOREIL (Marcel) : Substances médicamenteuses agissant sur l'utérus. Excitants. Emmenagogues. Abortifs. Thèse de Paris, 1908.
- BOUHADJEB (Hussein) : Accouchement et avortement en Tunisie. Thèse de Bordeaux, 1901.
- BRIAND et CHANDÉ : Manuel de médecine légale. Paris, 1880.

- BRILLAND LAUJARDIÈRE : De l'avortement provoqué au point de vue médical, théologique et médico-légal. Thèse de Paris, 1862.
- BRINDEAU : Cas curieux d'avortement. « La Presse médicale », 1899.
- BRION (Paul) : Etude critique sur 530 cas d'avortement. Thèse de Paris, 1892.
- BROUARDEL (Paul) : Cours de Médecine légale « l'Avortement », « Affaire Boileux-Lajarrige », Paris, 1909.
- BURGER (P.) : Grossesse et pyosalpinx aigu avec vomissements incoercibles (suites de manœuvres abortives). Rapport à la Société d'Obstétrique et de gynécologie de Strasbourg. Séance du 3 mars 1928. « Strasbourg-Médical » du 5 juin 1928.
- CASPER (J.-L.) : Traité pratique de médecine légale (Traduction de Gustave Gerber. Paris, 1862).
- CHARPENTIER : Sur les signes de l'avortement pendant les trois premiers mois de la grossesse. Annales d'Hygiène publique et de Médecine légale 1877, tome XLIII.
- CHAVIGNY : Rapport d'une expertise d'autopsie médico-légale après exhumation, pratiquée le 22 décembre 1922, cinq mois post-mortem.
- CHAUSSEIER : Médecine légale, Paris, 1838.
- CHRISTIAN : Mécanisme de l'avortement par le sublimé. « Presse médicale », 1902, n° 14.
- COLLIGNON (Charles) : Progression ascendante du nombre des avortements et ses causes. Thèse de Paris, 1909.
- COUTAGNE : Mémoire sur les ruptures utérines pendant la grossesse, et leurs rapports avec l'avortement criminel, 1883.
- DACLIN (Antoine) : De l'avortement brusque par le curetage dans les vomissements incoercibles. Thèse de Paris, 1896.
- DALLOZ : Code pénal. Article 317 modifié (concernant l'avortement criminel).
- DAVID (Etienne) : Contribution à l'étude de l'accouchement prématuré artificiel. Thèse de Paris, 1896.
- DAVID (Gustave) : Mémoire sur la durée du travail dans l'avortement par manœuvres directes. Thèse de Paris, 1898.
- DE BOVIS : Diagnostic des ruptures utérines. « Semaine médicale », 25 avril et 30 mai 1906.
- DELESTRE : De l'avortement, 1926.
- DE SOYRE (Antoine) : Dans quel cas est-il indiqué de provoquer l'avortement? Thèse d'agrégation, Paris, 1875.

- DEVERGIE (Alphonse) : Médecine légale théorique et pratique. Paris, 1840.
- DRAPER : « Criminal Abortion ». Boston médical and surgical Journal, 30 avril 1896.
- DUCHENE (Louis) : Avortements à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Thèse de Paris, 1905.
- DUMAS (Alphonse) : Contribution à l'étude de l'avortement criminel. Thèse de Paris, 1911.
- DU MORIEZ (Stanislas) : L'avortement. Thèse de Droit. Paris, 1912.
- DUSSER : Etude expérimentale sur l'absinthe au point de vue abortif. Thèse de Montpellier. 1899.
- F. DYRENFURTH : Une démonstration chimique de l'embolie aérienne sur le cœur de cadavre. Berlin, D. Z. vol. VIII, année 1926, p. 727.
- ESCANDE (Paul) : Contribution à l'étude clinique des avortements et en particulier des avortements criminels. Thèse de Montpellier, 1903.
- FABRE : Précis d'Obstétrique, 1922.
- D^r FIEUX : Perforations gangréneuses de l'utérus. « Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, juillet 1910.
- FOCHIER et COUTAGNE : Avortement criminel démontré par le diagnostic rétrospectif de la grossesse. « Archives d'Anthropologie criminelle », 1887, tome II.
- FODERÉ : Médecine légale. Paris, 1816.
- GALLARD (T.) : De l'avortement au point de vue médico-légal. « Annales de Gynécologie ». Paris, 1877, tome VIII, N^{os} de juillet, août, octobre, novembre et décembre. 2^e semestre.
- GALLIOT (Léon) : Recherches historiques, ethnographiques et médico-légales sur l'avortement criminel. Thèse de Lyon, 1884.
- GARÇON : Code pénal annoté.
- GARRAUD : Traité de droit pénal français. tome IV, n^o 378. Gazzetta Internazionale della Societa medica di Napoli, 1903. « Del Aborto criminoso », tome XXV, page 788.
- GERBAUD : (C.-A.) De la rétention du placenta et des membranes dans l'avortement. Thèse de Paris, 1886.
- GILLES (Maximin) : Considérations médico-légales sur quelques observations recueillies dans les Hôpitaux de Marseille. Thèse de Paris, 1889.
- D^r GORODETSKY (Pauline) : « La protection maternelle et infantile en Russie soviétique, d'après les textes législatifs et les documents officiels ». « L'avortement », pages 50-55. Thèse de Paris, 1928.

- HOFFMANN: Précis de médecine légale.
Journal des sages-femmes, 1903. « Deux cas d'avortement suivis d'accidents », tome XXXI, page 225.
- KOCHER (Adolphe): De la Criminalité chez les Arabes au point de vue de la pratique médico-judiciaire. Thèse de Lyon, 1883.
- LACASSAGNE: Précis de médecine judiciaire. Paris, 1878.
- LACASSAGNE et MARTIN: Précis de médecine légale, 1921.
- LACASSAGNE et THOINOT: Le Vade-mecum du médecin-expert, 1911.
- LACASSAGNE: Considérations médico-légales sur l'avortement. « Archives d'anthropologie criminelle », 1887.
- LACASSAGNE: Ruptures de l'utérus consécutives aux manœuvres criminelles. « Archives d'anthropologie criminelle », 1889.
- LAGUERRE (Paul): Contribution à l'étude de l'avortement criminel. L'auto avortement. Thèse de Toulouse, 1892.
- LAMOUREUX (Louis): Du fœticide thérapeutique. Thèse de Paris, 1904.
- LEFERT (Paul): Aide mémoire de médecine légale, 1920.
- LEGRAND DU SAULLE: Traité de médecine légale. Paris, 1886.
- LAROUSSE: Médical illustré, 1921. Article avortement.
- LAURENT: Recherches sur l'avortement par empoisonnement. Thèse, 1875.
- Le BLOND: Rapport sur un fait d'avortement. « Annales d'Hygiène publique et de médecine légale », 1884, tome XI.
- Le BLOND: Valeur médico-légale de l'intégrité des membranes dans l'avortement criminel. « Annales de Gynécologie », août 1887.
- LEMOINE (Marcel): De l'avortement criminel. Etude historique, sociale et médico-légale. Thèse de Paris, 1896.
- LITTRÉ et GILBERT: Dictionnaire de médecine, 1921. Article. Avortement.
- LIVON (Jean): Grossesses et accouchements consécutifs aux ruptures utérines. Thèse de Paris, 1903.
- LUTAUD: Manuel de médecine légale, 1893.
- MAHON (Paul): Médecine légale et Police médicale, 1807.
- MALEEF: Etude clinique des perforations abortives. Thèse de Lyon, 1905.
- MARSAIS (Gaston): Des blessures de la matrice dans les manœuvres criminelles abortives. Thèse de Lyon, 1890.
- MARTIN-SAINT-ANGE: Iconographie pathologique de l'œuf humain en rapport avec l'étiologie de l'avortement. 1885.

- MAYGRIER : Rapport sur 32 cas d'avortement. « Annales de la Société obstétricale de France, juillet 1902.
- MONIN (Robert) : La Dépopulation. Ses rapports avec les théories néo-malthusiennes et l'avortement. Thèse de Paris, 1909.
- MONTIER (Fernand) : De l'avortement criminel. Etude des moyens de le prévenir et de le réprimer. Thèse de Droit. Paris, 1894.
- NIPPE (Professeur) : Mort après avortement sans lésion anatomique constatable. Koenigsberg, D. Z. vol. VI, année 1925-26, page 592.
- ORFILA (Mathieu) : Traité de médecine légale, Paris, 1836.
- PAUL (Charles) : Contribution à l'étude de l'avortement criminel. Les perforations utérines gangréneuses. Thèse de Paris, 1906.
- PAUL : La médecine légale, (Les petits précis), 1925.
- PFEIFFER : Essai d'une prophylaxie de l'avortement criminel. Thèse de Paris, 1908.
- PERCHEVAL : Manœuvres abortives chez les femmes enceintes. « Journal de médecine et de Chirurgie pratique », 10 novembre 1911.
- PERCHEVAL : Des manœuvres abortives chez les femmes qui ne sont pas enceintes. Thèse de Paris, 1910.
- PERRIN DE LA TOUCHE : Soupçons d'avortement criminel. Lésions tubo-ovariennes. « Annales de médecine légale », 1907, tome 77, page 170.
- PINARD : Rapport au Congrès international de Gynécologie et d'Obstétrique de Rome, septembre 1902.
- PINARD : Annales de Gynécologie, 1909, page 461. Interruption de la grossesse dans les vomissements incoercibles.
- PINARD : Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, tome II, 4^e série, article fœtus.
- POLAILLON : Société de médecine légale, 9 juillet 1877.
- PRESSE MÉDICALE (LA) — Année 1928. N^{os} des 6 juin, 15 août et 4 novembre. — « Industrie, le budget de l'avortement » par Pitoux.
- Progrès Médical (Le). 26 novembre 1896.
- « REVUE FRANCO-RUSSE DE MÉDECINE ET DE BIOLOGIE » (texte français. — N^o de Janvier 1926, « quelques aperçus de l'Hygiène soviétique. — Législation actuelle de l'avortement en Russie soviétique » par le Professeur SEMACHKO page 6 et 7.

- REEB : Rapport à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Strasbourg, séance du 2 juillet 1927. « Avortement criminel par injection intra-utérine de sublimé. Mort. Recherche du sublimé dans le sang, les urines, l'exsudat péritonéal ». « Strasbourg-Médical » du 20 septembre 1927.
- RICHARDIÈRE : Les perforations utérines avec gangrène localisée.
- ROBY (Joseph) : Etude de l'avortement au point de vue médico-légal. Thèse de Montpellier, 1891.
- ROUYER : Etude médicale sur l'ancienne Rome 1858.
- SCHNEIDER (D^r Philipp) : « Une ressource instrumentale pour l'examen de l'hymen en cas de virginité douteuse ». Vienne, D. Z. vol. X, année 1927, page 652.
- SEMACHKO (Professeur) : « Quelques aperçus de l'Hygiène soviétique ». « Revue Franco-Russe de médecine et de biologie ». n° du 1^{er} janvier 1926 (texte français). — pages 6 et 7. — (Législation actuelle de l'avortement en Russie soviétique). Extrait de la Conférence faite à la Faculté de Médecine de Paris le 26 octobre 1925.
- SOURDET (Jules) : Accidents et complications des avortements spontanés, provoqués et criminels. Thèse de Paris, 1876. « Strasbourg-Médical ». N°s du 20 septembre 1927 ; des 20 mai et 5 juin 1928.
- TARDIEU : Etude médico-légale sur l'avortement. Paris, 1925.
- TAYLOR : (Traduction Coutagne), Médecine légale.
- THOINOT : Précis de médecine légale, 1913.
- THOINOT et PAUL (Ch.) : Etude sur les perforations utérines gangréneuses, consécutives à l'avortement criminel. « Annales d'Hygiène publique et de médecine légale ». Décembre 1907.
- « Toulouse-Médical » 1902. 2^e série, page 271. Nouveau procédé abortif.
- TOURDES et METZQUER : Traité de médecine légale, Paris, 1896.
- VARNIER : Autopsie d'une femme qui s'était fait avorter. Bulletin de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, 1902.
- WALCHER (D^r Kurt) : « A propos de l'appréciation médico-légale de l'embolie aérienne ». Munich, D. Z. vol. V, année 1925, page 361.
- WHONY : Criminal Abortion. « Bristol Medical Journal », 1882.
- VIBERT : Précis de médecine légale. 1921.

VIBERT : Affaire du Docteur Laffitte. Accusation d'avortement.

Annales de médecine légale, octobre 1894.

VIDAL, — « Le Droit à l'Avortement. — Thèse de Toulouse, 1908.

VITOUX (G.) : L'industrie de l'avortement. Le budget de l'avortement. Rapport sur la prophylaxie de l'avortement à la XII^e session de la Société obstétricale. « La Presse Médicale », année 1908, numéros des 6 juin, 15 août et 4 novembre.

ZIINO : Précis de médecine légale.

